

# Normal urolig adferd?

*Medikalisering av væremåter,  
eksemplet ADHD*

Sissel Woll Moseng



Masteroppgave i kriminologi

Institutt for kriminologi og rettssosiologi  
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO  
Høsten 2012



# Normal urolig adferd?

Medikalisering av væremåter, eksemplet ADHD

“There is a crack in everything, that’s how the light gets in” -- Leonard Cohen

© Forfatter: Sissel Woll Moseng

År 2012

Tittel: Normal urolig adferd? Medikalisering av væremåter, eksemplet ADHD

Forfatter: Sissel Woll Moseng

Veileder: Hedda Giertsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Webergs printshop, Oslo

# Sammendrag

Antall barn med ADHD-diagnose har økt i de seneste årene, og det sies at ADHD er den vanligste psykiatriske diagnosen blant barn. Oppgaven har fokus på å få fram de ulike forståelsesmåter av ADHD-diagnosen som finnes, sett gjennom biologiske, psykologiske og pedagogiske øyne. Samt at forståelsen til noen barn og deres foreldre også kommer fram. I tillegg har jeg prøvd å finne tall på hvor mange som har blitt diagnostisert med denne diagnosen. Det mest eksakte tallmaterialet man finner på ADHD-forekomst er fra reseptregisteret. Tallet sier noe om hvor mange som har hentet ut ADHD-midler for sin ADHD- diagnose på apoteket dvs. salgstall. Antall personer som hentet ut minst en resept på ADHD-midler var i 2011 på 30 525. Dette kan sees på som et minstetall for antall diagnostiserte.

Oppgaven er basert på litteraturanalyse samt to samtaler.

Hovedspørsmålstillingene i oppgaven er:

*Hvordan forstås ADHD-diagnosen i det biologiske, psykologiske og pedagogiske perspektiv, og hvordan forstår barna og deres foreldre denne diagnosen? Disse forståelsene vil bli sett i forhold til hverandre.*

Forståelsene er mange, men stort sett kan de deles inn i to bolker. En biomedisinsk forståelse av diagnosen, og en sosialkonstruktivistisk forståelse som relateres til samfunnet, kulturen og miljøet rundt barnet. Den biomedisinske forståelsen innebærer at man anser at diagnosen ADHD kommer fra en defekt i hjernen, enten som har med noradrenalin- eller dopaminomsetningen i hjernen å gjøre, eller at man har andre påviselige «feil» som eksempelvis mindre størrelse på den frontale lapp, relatert til hjernens anatomi. Når det kommer til den sosialkonstruktivistiske diskursen innebærer det at uro og manglende konsentrasjon hos barn kommer av sosiale, samfunnsmessige og kulturelle forhold og at diagnosen på bakgrunn av det er sosialt konstruert. Ved å tenke sosialkonstruktivistisk forkaster man ikke at barn sliter med utfordringer, men man tenker at konteksten barnet lever i er med på å skape disse utfordringene. I vårt samfunn siden det er legespesialister og/ eller psykiatere som setter diagnosene i kraft av sin medisinske profesjonsbakgrunn, er den biomedisinske diskursen dominerende.

Når det kommer til forståelsen av ADHD-diagnosen sett ut fra foreldrene og barnas ståsted er deres oppfattelse noe ulik. En doktoravhandling jeg har brukt i oppgaven viser at noen foreldre opplever lettelse når deres barn får en ADHD-diagnose. Mens gjennomgående opplevde de barna som hadde fått en ADHD-diagnose ubehag og stigmatisering i forbindelse med at de hadde blitt diagnostisert. ADHD utgjorde mye av deres selvforståelse.

Uansett bakgrunn for diagnosen kan man si at ADHD-diagnosen er en medikaliseringsprosess som betyr at vi underlegger menneskelige utfordringer en medisinsk diskurs. Og er det alltid heldig? Det kan være uheldig å diagnostisere barn, og ved å sette diagnose på urolig adferd og konsentrasjonsvansker, som i så stor grad relateres til skolearbeid, risikerer man å få en stor gruppe som utskilles som annerledes. Det uheldige med en diagnose som relaterer ADHD-symptomene til avvik i hjernen kan være at barna anser det for umulig å endre seg, at diagnosen determinerer dem. Den biomedisinske tilnærmingen kan man på mange måter si tilhører en determinert retning, mens den sosialkonstruktivistiske heller ser på at endringer kan gjøres i omgivelsene rundt barnet.

Epigenetikken avhenger av begge retningene og kan være brobyggeren om alle profesjonene kan si seg enig. Nettopp Epigenetikken sier oss noe om at det har skjedd noe i barnets liv som gjør at uro og konsentrasjonsvansken oppstår. I en større kontekst kan man si at det er uetisk om man da kun skal lindre symptomet som er et uttrykk for noe, når man faktisk kan hjelpe barnet til å gjøre endringer sånn at barnet kan bli symptomfri.

Skoledagen for mange kan være utfordrende fordi skolehverdagen består av mye stillesitting med lite fleksible rammer. Et alternativ til dette kan være Neumann sin «TRYGG-modell». Hennes modell går ut på å bygge opp barnas selvverd slik at de kan oppleve vekst på mange nivåer. Trygge fellesskap er viktig for utvikling av individuelle ferdigheter hos barn ifølge Neumann, men når det individuelle dyrkes og går på bekostning av fellesskapsverdiene blir det feil. Styrker og løfter man barnas sterke sider, vil ofte det andre følge etter. Samtidig kan de barna som skaper uro ofte vise seg fra andre sider når de er del av et trygt fellesskap. Uroen kan bedres og takles på en mer hensiktsmessig måte fra skolen sin side. Ulvehøj mener at hvis man styrker det som barna er flinke på, deres sterkeste intelligens, så vil de fag man sliter med også følge etter. Selv de mest «bråket» kan finne sin plass i skolen. Neumann og Ulvehøj viser oss at kommer barna mer i sentrum og bygger opp sine sterke sider, samtidig med at man har et trygt miljø i klasserommet uten redsel for å bli straffet, kan man kanskje forhindre å måtte skyve et urolig barn over i en medisinsk diskurs.



# Forord

Mitt engasjement i temaet medikalisering har sin bakgrunn i at jeg har jobbet som reseptarfarmasøyt i apotekbransjen siden 1995.

Legevitenskapen og medisinsk behandling er viktig for liv og helbred og ikke minst akuttmedisinsk. Allikevel synes jeg det er viktig å stille spørsmål ved om alle diagnoser og all medisinerer er strengt tatt nødvendig. Spesielt tenker jeg at det er viktig å sette søkelyset på klassifisering og medisinerer av barn.

Man kan risikere å diagnostisere barn med det som kalles ADHD fordi man ikke klarer å fange opp den egentlige grunnen til at barnet er urolig eller mangler konsentrasjon. Mange teoretisk interesserte barn med god evne til å sitte stille og lytte til læreren blir godt premiert i dagens skole. De kreative, aktive og praktisk flinke elevene samt også de elevene som er særs flinke, sliter nok mer med å tilpasse seg den teoretiske skolen i dag. Noen fordi de rett og slett ikke har interessen for teoretiske fag, og andre fordi de rett og slett kan alt fra før og dermed synes at det meste som foregår i skolehverdagen er kjedelig. Barna begynner tidlig på skolen og ikke alle er modne for å sitte stille på skolebenken.

Mitt hovedsyn på helse er at alt henger sammen, og at hvordan vi har det har sammenheng med helheten vi lever i. Alt vi mennesker har med oss av erfaringer og opplevelser er med på å forme oss som mennesker, og det innebærer også helsetilstanden vår. Når det kommer til ADHD-tilfeller så vil jeg anta at det er mange sammensatte problemstillinger som ligger under.

I utgangspunktet synes jeg det er betenkelig å sette barn i bås, å dyrke mest mulig enhetlig oppførsel og personlighetstyper. Jeg håper å lære enda mer om dette ved å skrive denne oppgaven. Samtidig håper jeg å få innsikt i problematikken rundt det som kalles ADHD fra mange ulike vinklinger. Mitt mål med oppgaven er ikke å fortelle noen at de ikke sliter med utfordringer i hverdagen som kan havne inn under en ADHDparaply, ei heller bagatellisere slike utfordringer. Ønsket mitt er å dykke dypere inn i hva som gjør at noen får en diagnose som man kaller ADHD, og på hvilken måte vi som samfunn løser disse utfordringene.



Mot slutten av et tidkrevende, utfordrende, men veldig interessant og lærerikt arbeid er det mange som fortjener en TAKK:

Først og fremst takk til Hedda Giertsen som har vært min veileder. Du har fulgt meg gjennom prosessen og kommet med viktige råd og gode tips underveis, både når det gjelder veivalg og språkbruk. Samtidig har du «dratt» meg inn om jeg har vært på dypt vann. Jeg har lært mye om den akademiske sjangeren som jeg skal ta med meg videre, og det er jeg takknemlig for. Din kunnskap har vært uvurderlig. Tusen takk!

Takk til både Brit Neumann og Hågen Haugrønningen som begge tok seg tid til å møte meg i forbindelse med oppgaven min. Jeg er takknemlig for den lærerike samtalen vi hadde og de erfaringene dere delte.

Tusen takk til deg Lovise, du har vært en fantastisk arbeidsgiver som har gitt meg fleksible rammer mens jeg har studert.

Så vil jeg takke mine medstudenter for gode samtaler, inspirasjon og støtte i en til tider tøff skriveprosess.

Og tusen takk til deg Elin, jeg er veldig takknemlig for at du tok deg tid til «språkvask», det har vært til uvurderlig hjelp.

Tusen takk til venner og familie som hele tiden har vært oppmuntrende og støttende i den tiden jeg har studert.

Sist og ikke minst vil jeg rette en spesiell takk til dere gutta der hjemme; Jesper, Eirik og ikke minst du Anders, som har holdt ut med meg gjennom en til tider tøff fase, spesielt nå mot slutten. Dere har støttet og oppmuntret meg hele veien, og dere betyr uendelig mye for meg. Tusen takk!

Oslo, 08 november 2012

Sissel Woll Moseng



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling og forskningsspørsmål .....	3
1.2	ADHD i media - hvordan arter debatten seg .....	5
1.3	Medikaliseringsspørsmålet og relevans til kriminologien .....	9
1.3.1	Om teori og rammer rundt oppgaven .....	12
2	Fremgangsmåte .....	18
2.1	Valg av tema .....	20
2.2	Svakhet med temasentrert tilnærming .....	20
2.3	Om temaet og litteratur .....	21
2.4	Annen forskning på feltet .....	24
2.5	Etikk.....	25
3	ADHD som diagnose – historisk tilbakeblikk.....	26
4	Urolig adferd hva så? Hvordan tolkes ADHD-diagnosen? .....	31
4.1	Biologisk forståelse av ADHD .....	32
4.2	Psykologisk forståelse av ADHD .....	37
4.2.1	Diagnosen ADHD - samfunnsløsninger, medisiner og biologiske vinder ....	41
4.3	Pedagogisk tilnærming til ADHD .....	43
4.3.1	Skolens rolle .....	43
4.3.2	Pedagogers tanker omkring ADHD .....	44
4.3.3	Mer om skolen.....	48
4.3.4	Foreldre/omsorgspersoner hvilke tanker har de om ADHD?.....	53
4.3.5	Klasse og betydning for forståelse .....	57
4.3.6	Barnas eget perspektiv på det å ha fått diagnosen ADHD .....	60
4.3.7	Tre psyksiske strategier .....	62
4.3.8	Barn og medisiner et lite notat .....	64
4.3.9	Samfunnsmessig forståelse av ADHD .....	65
4.4	Oppsummering og diskusjon rundt forståelsene av ADHD .....	66
4.4.1	Epigenetikk.....	67
5	Diagnostisering og administrative rammer .....	72
5.1	Diagnosemanualene ICD-10 og DSM IV .....	73
5.1.1	ICD 10 .....	73
5.1.2	DSM IV .....	75

5.1.3	Diagnosemanualen og makt .....	76
6	Alternativer.....	80
6.1	TRYGG-modellen .....	80
6.1.1	Hvordan praktiseres TRYGG- modellen?.....	82
6.1.2	De ti intelligenser .....	85
6.2	Refleksjoner rundt TRYGG-modellen og «Våre ti intelligenser».....	87
7	Tallmateriale – “ADHD”- forekomst .....	89
7.1	Om utbredelsen av diagnosen ADHD .....	89
7.1.1	Tallmateriale.....	92
7.1.2	Reseptregisteret .....	92
7.1.3	Norgeshelsa.no .....	93
7.1.4	Folkehelseinstituttet (FHI): Faktaark om ADHD.....	94
7.1.5	SINTEF .....	97
7.1.6	Legemiddelstatistikk .....	97
7.1.7	Sosial- og helsedirektoratet .....	98
7.1.8	Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi, Oslo universitetssykehus .....	98
7.1.9	Omsetningsøkning over tid .....	99
7.2	Blikk til USA .....	100
7.3	Forskjeller mellom land.....	101
7.4	DSM IV – Diagnosemanual .....	102
7.4.1	Psykiatrien, DSM systemet og forklaringsmodeller .....	103
8	Legemiddelindustrien.....	106
9	Refleksjoner rundt diagnosen ADHD .....	111
10	Til slutt .....	119
	Litteraturliste .....	121



# 1 Innledning

Medikalisering av væremåter med eksemplet ADHD er denne oppgavens hovedtema. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å skrive om medikalisering generelt, men for ikke å favne for stort når det gjelder medikaliseringsprosesser som er et stort felt, har jeg tatt utgangspunkt i diagnosen ADHD som et eksempel.

Medikalisering betyr rett oversatt «å gjøre medisinsk» (Lian 2006). I følge Ekeland (2011) handler medikalisering om på hvilke måte vi forstår menneskelig variasjon, plager og funksjonsvansker i en medisinsk diskurs. Siden diagnoser kan sees som en konsekvens av medikalisering, vil også diagnoser bli omtalt i denne oppgaven.

Olaug S. Lian<sup>1</sup> (2006) refererer til Illich sin «*Medisinsk nemesis*» fra 1996 når hun viser til at Illich legger vekt på medikaliseringsprosessen, og definerer medikalisering som en omfattende sammensatt prosess som fører til utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og teknologi. Konsekvensene av dette blir at stadig større deler av et menneskes liv kan bli definert som relevant for medisinsk intervensjon, og bli underlagt helsetjenestens ansvarsområde. Man kan også forenklet si at man «kler noen i en sykdomsdrakt», direkte oversatt fra det islandske uttrykket *sjukdómsvæðing* (Lian 2006).

I følge Lian sin artikkel «den moderne EOS-myten om medikalisering som modernitetsfenomen», utspiller medikalisering seg som følgende:

*«Medikalisering utspiller seg på ulike plan og innebærer enten å betrakte et problem i medisinske termer, å bruke medisinsk terminologi til å beskrive det, å ta i bruk et medisinsk rammeverk for å forstå det, eller å sette i verk medisinske tiltak for å møte det. Dette er ofte ulike sider av samme sak fordi måten vi møter et problem på henger sammen med hvordan vi betrakter, beskriver og forstår det. De medisinske tiltakene er rettet mot å reparere (gjenopprette) eller forbedre en tilstand (men trenden er en forskyvning fra reparasjon til forbedring). Medikalisering omfatter hele vårt livsløp, fra vi unngås (kunstig befruktning) til etter vår død (nedfrysning for senere gjenopplivning)» (Lian 2006:66).*

Hva er så den moderne EOS-myten som Lian her refererer til? I den greske mytologien er EOS-myten en symbolsk fortelling om en vakker gudinne som var selve symbolet for

---

<sup>1</sup> Førsteamanuensis ved institutt for samfunnsmedisin, Tromsø

kvinnelig skjønnhet og kjærlighet, og hun forelsker seg i en alminnelig dødelig mann (i Lian 2006). I fortellingen hevdes det at siden gudinnen er udødelig ber hun til guden Zeus om å gjøre den alminnelige mannen også udødelig, ulempen var at hun glemte å be om at han ikke skulle eldes.

I en moderne versjon av denne myten er guden byttet ut med legen. Ved hjelp av troen på medisinsk ekspertise og teknologi jakter den moderne Eos på en sikker og lettveit vei til lykke, god helse, ungdommelighet og et langt liv (Lian 2006). Den moderne versjonen er ikke en symbolsk fortelling, men kan kalles en myte av enn litt annen betydning sier Lian. Myte i den forstand at det er en utbredt falsk oppfatning som hersker om at medisinsk ekspertise har svaret på alt (ibid).

Betydningen av denne utbredte oppfatningen blir at medisinsens ansvarsområde utvides, gruppen som kan defineres som syke, unormale og/eller hjelpetrengende i en eller annen grad øker. Konsekvensen blir da at større deler av et menneskes liv defineres som et medisinsk anliggende. Og noen ganger kan det normale defineres som unormalt. Det er slike prosesser vi kaller medikalisering (ibid). (Lian presiserer at hennes definering av medikalisering er slik det fremstår i det moderne vestlige industrisamfunnet, som er veldig forskjellig fra det som foregår i utviklingsland). Den moderne EOS setter sin lit til vitenskapen, mens gudinnen Eos satte sin lit til gudene. Grunntemaet fra den gamle og den moderne EOS- myten er uansett den samme: « *bestrebelse på å overskride de grenser naturen setter for vår art* » sier Lian (2006:64).

Det at vi definerer stadig flere personlige utfordringer som medisinske, kan gi en forventning om et problemfritt liv og en så å si perfekt helse (Lian 2006). Konsekvensene kan bli at vi blir mer misfornøyde, fordi slike forventninger ofte er urealistiske. Samtidig kan det medføre et økende gap mellom det resultat vi oppnår, og de forventningene vi har. Det er tendenser til at man finner patologier i stadig større deler av menneskets handlings-, tanke- og følelsesliv, med det resultat at menneskelige problemer blir innlemmet i et da også stadig voksende område for psykisk lidelse (Svendsen 2006).

I diskusjonen om medikaliseringens implikasjoner kan vi dra nytte av lærdommen fra den greske myten, som forteller oss at vi må ha respekt for de grenser naturen har trukket opp for

vår art (Lian 2006). På samme måten kan man kanskje si at man bør ha respekt for et menneskets uttrykk for at noe er i veien, uroen kan skjule at barnet ikke har det godt. Det behøver ikke nødvendigvis være at det er vanskelig i hjemmet, det kan være det, men det kan også være et uttrykk for at barnet har det vanskelig i tilknytning til en av de arenaer de oppholder seg på i løpet av dagen/ uken. Som her, respekt for at et barn viser uro i skolesammenheng og/eller i andre sammenhenger, mest sannsynlig av en grunn, istedenfor å ta dette på alvor kan det synes som om vi medisinerer bort symptomene for å få en mest mulig problemfri hverdag i skolen og ellers?

Lian (2006) presiserer også at medikalisering kan komme til uttrykk på minst tre hovedområder. For det første kan det gjelde aldring og andre naturlige prosesser. For det andre kan medikalisering gjelde karaktertrekk, småplager, sosiale problemer og avvikende handlinger og for det tredje innebærer det risikoen for fremtidig sykdom.

Diagnosen ADHD som er tema i min oppgave vil havne inn under den andre samleboksen, som omhandler karaktertrekk, sosiale problemer, avvikende handlinger mm. Lian (2006) beskriver at aktive og ukonsentrerte barn som ikke tilpasser seg kravet om disiplin og orden i skolesystemet, (og også voksne som har en dårligere evne til å organisere sine liv enn folk flest) kan risikere å få diagnosen ADHD (Lian 2006). Jeg vil se på diskusjonene rundt det at noen får en ADHD-diagnose, samt også de eventuelle faktorer som er med på å fremme denne diagnosens eksistens.

For å vise litt av de tanker som rører seg rundt diagnosen ADHD har jeg tatt med noen eksempler fra media i avsnitt 1.2.

## **1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Psykiateren og legen har et ansvar idet de møter barn i sin legepraksis. Hvilke «briller» har de på seg i sitt møte med barnet som har urolig adferd og som kanskje også sliter med konsentrasjonsvansker?



Med inspirasjon fra Kjersti Ericsson sin metafor om forskeren som ser verden gjennom «sosiale briller» (Ericsson 2007), har jeg lånt begrepet og formet det om slik at det passer som metafor i min fortelling om ADHD- diagnosen. Man kan tenke seg at briller er en metafor på «blikket» man har på disse viltre guttene. De enkeltes «brilleglass» kan symbolisere deres ulike forståelse av ADHD-adferden. Den informasjon som filtreres gjennom «brilleglassene» kan tenke seg å være «farget» av den forståelsen den enkelte profesjon har på vilter og urolig adferd med konsentrasjonsvansker.

I oppgaven omtales ofte de som får ADHD-diagnosen som gutter eller viltre gutter, dette fordi det er overvekt av gutter som får denne diagnosen (Splide 2005, Zeiner, m.fl. 2004) . Jenter kan også ha denne typen problematikk, så de problemstillingene som nevnes vil også kunne gjelde jenter.

Det er mange gutter som har en vilter adferd. De klarer ikke å sitte stille på stolen sin i klasserommet, de har masser av energi, og de interesserer seg ikke for det som foregår ved lærerkateteret. Kan det ha seg sånn at hvordan disse guttene blir forstått av det medisinske systemet, har en sammenheng med hvilke «briller» de sees igjennom?

Hovedspørsmålsstillingen i denne oppgaven er:

*Hvordan forstås ADHD-diagnosen i det biologiske, psykologiske og pedagogiske perspektiv, og hvordan forstår barna og deres foreldre denne diagnosen? Disse forståelsen vil bli sett i forhold til hverandre.*

De ulike forståelsesrammene vil være utslagsgivende på hvordan de som har ADHD-adferd blir *sett* og *møtt* idet de kommer i kontakt med helsevesenet, og blir underlagt en medisinsk diskurs, og i forlengelsen av det kan man spørre seg:

*1. Hvilken betydning har det syn som er rådende innenfor helsevesenet på hvordan barnet forstår seg selv og hvordan også foreldrene forstår barnet sitt?*

Og også:

*2. Hvordan blir barna med den urolige og ukonsentrerte adferden, hvor noen av dem også har fått en ADHD- diagnose, møtt av fagpersoner innenfor medisinen, psykologien og av pedagoger? Og hvordan ser foreldrene på dem?*

Og i tillegg kan man spørre seg:

3. *Hvilken rolle spiller skolen og dens rammer for ADHD-diagnosen?*

## 1.2 ADHD i media - hvordan arter debatten seg

Med jevne mellomrom er det artikler i avisene som tar for seg debatten som omhandler ADHD. Her er et utvalg av hva som rører seg i denne debatten. Temaene strekker seg fra at barn blir feildiagnostisert til hvorfor det er så mange som blir klassifisert med denne diagnosen, samt også et varsko om hvor mange barn som står på sentralstimulerende midler. Tabloidoverskriftene i avisene er også en del av denne debatten. Temaene har blitt valgt ut med det formål at de kan belyse oppgavens tema, nemlig medikalisering av væremåter, eksemplet ADHD.

«Mange barn blir feildiagnostisert med ADHD» (VG 18.08.2010). Dette var overskriften på VG nett den nevnte datoen med underoverskrift: «Nærmere en million barn i USA kan ha fått en feilaktig ADHD-diagnose, viser en ny undersøkelse». Bakgrunnen for overskriften er at det viser seg at de barna som er yngst og ofte minst utviklet i sine årskull blir feilaktig diagnostisert med ADHD. Dette konkluderer forskere ved Michigan State University med forskningsleder Todd Elder i spissen. Elder presiserer også at langtidsvirkningene ved bruk av legemidlet ritalin som ofte gis ved en ADHD diagnose er uklare. I følge Todd Elder kan ADHD-symptomene bare være et uttrykk for følelsesmessig eller intellektuell umodenhet blant de yngste elevene (ibid). Sensasjonsnyhetene ble visstnok også gjengitt i både Aftenposten senere på dagen, nettutgaven av «Forskning» og i flere aviser rundt om i landet (Midtlyng 2010).

Egil Midtlyng, psykolog (2010) forklarer bakgrunnen for overskriftene med at det i følge studien fra USA, som det refereres til i avisene, kan slutes en tendens til at de yngste barna<sup>2</sup> i et årskull oftere får ADHD-diagnose. Når man sammenlikner de eldste og yngste i samme årskull kan tendensen for de yngre være opp mot 20 % større for å få ADHD. Midtlyng mener

---

<sup>2</sup> Forskjell i alder kan faktisk være opptil et helt år, og når man vet at barn i USA begynner på skolen 5 år, kan det nok utgjøre stor forskjell i modenhet. Midtlyng, Egil (2010): "Millioner og AD/HD skaper overskrift i VG". I: *Innsikt*,

derimot at man må utvise forsiktighet med å trekke tallene over til å gjelde alle de som totalt har blitt diagnostisert med ADHD i USA. Betydningen av funnene vil da være at det er 20 % færre med diagnosen ADHD enn de som opprinnelig har blitt diagnostisert, noe Midtlyng mener kan bli feil.

«Konklusjonen» i følge artikkelen i VG ble at nesten 1 000 000 barn i USA kanskje var feildiagnostisert. Slike fortolkninger kan man ofte se i avisene på mange felt, spesielt hvis man kjenner til aktuell sak fra en annen side enn media. Noen ganger kan et tall som avisen har tatt ut av en sammenheng bli gjort gjeldende for en hel gruppe, noe som nødvendigvis ikke medfører korrekthet uten at man diskuterer det mer inngående og tar visse forbehold (Jamfør også Midtlyng 2010).

Et annet eksempel på avisoverskrift og omtale av atferdsvansker (noe som også kan omfatte de med ADHD diagnose) kommer fra Dagsavisen: « Syke barn var egentlig friske» (Dagsavisen 28.02. 2011)

I denne artikkelen vises det til foreldreveiledningsprogrammet «De utrolige årene» og det ble sagt at hele 60 % av barna som hadde alvorlige atferdsproblemer kan «kureres» ved hjelp av 14 ukers intensiv foreldreveiledning. Leder for programmet som var Professor Willy-Tore Mørch uttalte følgende om resultatene (Ibid):

*«Atferdsproblemer er ikke en sykdom. Det er uønsket atferd som enten skyldes en biologisk sårbarhet hos barnet, foreldrenes oppdragelse eller manglende omsorgsevne. Dermed lar det seg også reparere.(...)kurset gir foreldrene helt nye prinsipper å jobbe etter i barneoppdragelsen».*

I følge artikkelen «Syke barn var egentlig friske» viste oppfølgingsstudien av de 127 barna der foreldrene sammen med barna hadde gjennomgått et omfattende veiledningsprogram, at etter åtte år, var blant annet 1 av 3 med diagnosen ADHD symptomfrie. Symptomer som uro, impulsivitet og manglende konsentrasjonsevne var nå borte (Dagsavisen 28.02. 2011). Også her ser man at avisen har en spennende overskrift som sier at «Syke barn var egentlig friske».

Mange barn ble kvitt sine symptomer på adferdsforstyrrelse, og det viser at samspill mellom foreldre og barn er viktig. Ofte er det kanskje små ting som skal til for å justere et trøblete samspill, noe denne undersøkelsen viser. Mens det i andre tilfeller kan ligge andre faktorer

under ifølge Kildea, Wright og Davies<sup>3</sup> sånn som gener, biokjemi, nevrologi, lav fødselsvekt, oksygenmangel hos fosteret, hjerneskade, være utsatt for giftstoffer, kosthold, mors bruk av alkohol, mors forbruk av røyk og medisiner/narkotiske stoffer under svangerskapet, samt at mor er deprimert under svangerskap, fars alkoholisme, økt konfliktnivå i familien, skilsmisse, har med seg alvorlig tidlig motgang, som det å ha vært utsatt for misbruk (Kildea, m.fl. 2011).

Noen har kanskje et stort talent de ikke får utfoldet seg i, som ikke har noe med teori eller stillesitting å gjøre, eksempelvis som svømmeren Phelps (Coucheron 2012). Andre kan rett og slett være ekstra evnerike og bli misforstått på skolen:

*«(...) en del begavede barn [kan] også feiltolkes for å ha diagnoser innenfor kontakt- og oppmerksomhetsområdet, som Aspergers syndrom og ADHD. Disse barnas intense, følelsesmessige og intellektuelle potensial misforstås (Hagenes 2009:45).*

En annen side av debatten vedrørende atferdsvansker/ ADHD ble kommentert i Morgenbladet i artikkelen «Barndommens bølgedal» med undertittel: «Vi må våge å stille oss selv spørsmålet: Mediserer vi barn fordi de er vanskelige?» (Lindgren 2011).

I denne artikkelen kommenteres det blant annet at det i 2010 ble rettet en bekymringsmelding fra FNs barnekommisjon, der de uttrykte alvorlig bekymring i forhold til Norge og vår statistikk når det gjaldt det å gi Ritalin og annen amfetaminmedisin til barn. Lindgren sier også at hvis 5-6 % av befolkningen har ADHD slik fagmiljøene og ADHD-Norge hevder er ikke dette ene og alene noe psykiatrien kan hankses med. Da må vi også diskutere:

*«(...)hva et storsamfunn skal regne som normalt. Og spørsmål som: Hva tillater vi av menneskelig variasjon? Og hvilke samfunnsverdier har vi?» (Lindgren 2011).*

Et annet spørsmål som Lindgren stiller er :

*«Når barn som ikke klarer å sitte rolig og konsentrert blir diagnostisert ut av normaliteten, setter vi dem, i all stillhet, opp mot fellesskapet. Når et barn får medisin, skjønner det at «jeg er problemet». Dette til tross for at de ofte har unike ressurser, for eksempel fysiske ferdigheter, utferdstrang og temperament. Egenskaper som kunne ha kommet godt med i livet, men ikke på skolebenken»(Lindgren 2011).*

Lindgren sitt utsagn kan også relateres til Foucault sitt begrep om ”dividing practices”.

Begrepet viser til at subjektet blir enten splittet i seg selv eller skilt ut fra de andre, som her

---

<sup>3</sup> Dette viser til studie som det stod om i en artikkel i Clinical Child psychology and Psychiatry. Artikkelen heter: «Making sense of ADHD in practice: A stakeholder review”. Skrevet av Sarah Kildea klinisk barne psykolog, John Wright klinisk psykolog og Julie Davies som også er klinisk psykolog.

stemplet som «syk» istedenfor frisk. Og selve prosessen i seg selv medfører at subjektet objektiveres, (her vil det si at subjektet blir diagnostisert som ADHD-barn) (Foucault 1982). I eksemplet til Lindgren blir barnet diagnostisert ut av normaliteten, skilt ut fra de andre, og Lindgren (2011) sier også at de da i all stillet blir satt opp mot felleskapet.

Nærmere forklart kan man si at barna som subjekt får en oppfatning av at noe er feil inni dem og at de blir skilt ut som «syke» med en ADHD merkelapp. Dette kan også føre til at de føler seg mer annerledes enn de andre «normale». Det at man får en diagnose vil dermed bli med som grunnlag for barnets forståelse av seg selv i formingen til subjekt og voksenperson.

Lindgren (2011) siterer Allen Frances (medisinprofessor og tidligere leder for utvikling av DSM IV) når det gjelder diagnostisering:

*«Jeg lærte gjennom smertefull erfaring hvordan små forandringer i definisjonen av en mental forstyrrelse kan skape enorme, uintenderte konsekvenser (Lindgren 2011)»*

Bakgrunnen for utsagnet var at han hadde gått ut med selvkritikk i forhold til DSM systemet fordi han i ettertid av utgivelsen mente at de hadde bidratt til å skape tre falske «epidemier». De tre han siktet til var: ADHD, autisme og bipolar lidelse. Samtidig påpekte han at vi var tjent med en rausere normaldefinisjon i det han sa: «it's not too late to save 'normal'» (Frances 2010, Lindgren 2011).

Debatten i media omhandler at det kan foregå feildiagnostisering på grunn av umodenhet av de yngste i sitt årskull. Artikkelen "syke barn var egentlig friske" viser til foreldreveiledningsprogrammet "De utrolige årene" som viser at intensive foreldreveileder program kan bety at noen blir kvitt sine ADHD symptomer. Debatten i media omhandler også hvorvidt man medisinerer barn fordi de er vanskelige, og om vi bør utvise bekymring i forhold til den stigende bruken av ritalin til barn. Bakgrunnen var at FNs barnekonvensjon har rettet en bekymringsmelding mot Norge nettopp på grunn av den økte bruken av sentralstimulerende de siste årene.

Ut fra artiklene ser man at de også spiller ting som jeg er interessert i og ønsker å finne ut mer om: Hvor mange har blitt registrert diagnostisert med ADHD? Hvor plasseres utfordringene rundt ADHD problematikk, er det i barnet, eller i omgivelsene rundt barnet? Medisinerer vi for mye eller for lite? Og hvorledes kan man egentlig forstå ADHD?

Så følger litt om hvilken relevans mitt emne har til kriminologien.

### **1.3 Medikaliseringsspørsmålet og relevans til kriminologien**

På hvilken måte kan medikalisering relateres til kriminologifaget? For det første har det relevans til kriminologi fordi det er snakk om at noen definerer noen som noe. Og i begrepet som omhandler en definering av noe, er nettopp «brillene» med ulikt glass som vi tar på oss viktige. Kriminalstatistikken forteller oss noe om registrert kriminalitet, men hva ligger bak disse tallene og hva kan de fortelle noe om? Hva er det vi ser etter? Hvem og hva har vi fokus på (Høigård 2007a, Høigård 2007b) ? På samme måte kan kanskje de registrerte tall vi har for det som kalles ADHD også fortelle oss noe, og ikke minst hva ligger bakom disse tallene?

På lik linje som man har tall på kjent kriminalitet (Høigård og Finstad 2007), kan minstetallet vi har på ADHD tilfeller ifølge reseptregisteret si oss hvor mange som blir medisineret og fanget opp i det medisinske «ekspertsystemet». Systemene som fanger opp diagnoser og kriminalitet er selvsagt ulike, og handlingene vi snakker om er også til tider vidt forskjellige, men allikevel er det likhetstrekk fordi det er snakk om noen som har satt rammer omkring en oppførsel og definert handlinger/oppførsel som enten en sykdom eller en kriminell handling.

Det kan også gi oss et bilde på hvilke fokus de som stiller diagnoser har, akkurat som man kan si at kriminalitet, og hvilke sosiale fenomener som regnes som kriminalitet, varierer og endres over tid (Høigård og Finstad 2007).

De som sitter med mest makt, som eksempelvis leger og politikere, altså de som sitter i ledende posisjoner innen sitt felt, er de som har defineringsmakt. De bestemmer ofte hva et sosialt problem, som her eksempelvis urolig adferd, skal defineres som.

Og som Järvinen (1998) påpeker er ikke sosiale problemer, (her ADHD), objektivt fastsatte naturgitte kategorier, men noe som er bestemt gjennom eksempelvis politiske- og administrative beslutninger. Järvinen (1998) påpeker også viktigheten av den interaksjonistiske dekonstruktivistiske forskningen fordi den har fokus på og kritisk granske problemenes sosiale oppkomst. I denne oppgaven blir nettopp et viktig fokus å se på hvilke handlinger som blir definert som uakseptable i kontekst av vilter, urolig og ukonsentrert adferd, og som dermed står i fare for å bli innhentet av den medisinske diskurs og bli definert

med ADHD etter DSM manualen. Järvinen og hennes syn på problemenes oppkomst og maktperspektiver som bygger på Foucault vil bli ytterligere utdypet også i kapittel 1.3.1.

I tillegg studeres selve oversettelsesprosessen fra et sosialt fenomen til et sosialt problem. Styrken til en slik forskning sier Järvinen er at man da flytter forskningens tyngdepunkt fra de som innehar kategoriseringen ”sosiale problemer” til problemformuleringsprosessen. Nettopp et slikt fokus tenker jeg er viktig i min oppgave fordi man da setter fokus på hva som har vært prosessen i oppkomsten av en kategori som ADHD, som skal omhandle vilter og ukonsentrert adferd .

For det andre kan det relateres til Foucault og hans teori om subjektet og makten (Foucault 1982, Foucault 2002, Ugelvik 2011). Hvordan arter subjektet seg i relasjoner som omhandler medikaliseringsprosesser. Hvordan opplever subjektet seg selv? Hvilke makt har subjektet i en diagnostiserings situasjon hos legen? Hvis man kategoriserer pasienten som B og legen som A, vil man kunne se at i relasjonen pasienten, her barnet, og legen vil kunne ha en formening om hvem som dominerer hvem. Barnet har en teoretisk mulighet for å gjøre motstand spesielt hvis det har støtte fra sine omsorgspersoner, men siden legen både innehar spesialistkunnskap og barnet er mindreårig, vil jeg anse barnets handlingsalternativer som svært få. Spesielt hvis både autoriteter som skole og foreldre er enige i en diagnose som ADHD. I akkurat lege- barn relasjoner kan man si at man har et maktforhold som Foucault ville kalt dominansforhold (Foucault 2002), fordi det vil være liten tvil om hvem som har det siste ordet i en konsultasjon. Lian (2006) sier at det er relativt bred enighet om at vi etterspør ny medisinsk teknologi (nye diagnoser?) fordi vi ønsker det og ikke fordi vi blir presset til noe. Når det kommer til barn, som denne oppgaven i hovedsak skal handle om, kan man kanskje si at de er mer utsatt for ”å bli ledet inn i noe” fordi de er avhengig av voksenpersonene rundt? Kanskje man da kan si at personene rundt barnet etterspør diagnose på vegne av barnet ?

I relasjonene mellom barnet og personene rundt dem som kan være foreldre, lærere, leger, psykiatere m. fl kan det skje prosesser i forbindelse med diagnosefastsettelse som medfører at barnet føler de får et stigma. Når man har fått en ADHD-diagnose kan det kanskje medføre at noen føler at de har fått en merkelapp, og blir «skilt ut» fra de andre som er «normale»:

*« Stigma is a powerful phenomenon, inextricably linked to the value placed on varying social identities. It is a social construction that involves at least two fundamental components: (1) the recognition of difference based on some distinguishing*

*characteristic, or “mark”; and (2) a consequent devaluation of the person. Goffman (1963) described stigma as a sign or a mark that designates the bearer as “spoiled” and therefore as valued less than “normal” people. Stigmatized individuals are regarded as flawed, compromised, and somehow less than fully human. More recent definitions have focused on the contextual and dynamic nature of stigma. Jones and colleagues (1984) observed that “the stigmatizing process is relational....A condition labeled as discrediting or deviant by one person may be viewed as benign and a charming eccentricity by another”(p.5). Likewise Crocker and colleagues (1998) have argued that “stigmatized individuals possess (or are believed to possess) some attribute, or characteristic, that conveys a social identity that is devalued in some particular social context. (...)*

*Stigma is a term that involves both deviance and prejudice but goes beyond both. Stigma involves perceptions of deviance but extends to more general attributions about character and identity. Stigma is more inclusive than prejudice because it involves individualbased responses to deviance, as well as group-based reactions as a function of category membership. Because stigma is socially defined, there is considerable variation across cultures and across time about what marks are stigmatizing”(Heatherton, m.fl. 2003:4-5)*

Stigmatisering er også et begrep man kommer innom i kriminologien fordi en lovbryster ofte blir stemplet enten formelt av offentlige organer, fordi de har begått et lovbrudd, eller uformelt av omverden ellers. Det å få en diagnose kan også føre til stigmatisering. Man blir skilt ut som annerledes fra de andre barna som for eksempel går i klassen ved at man får en merkelapp i form av en diagnose. Hva er så stigma? Ordet stigma er opprinnelig hentet fra gresk, og der betyr det sår eller sårmerke (Hauge 2007). Hauge sier følgende om begrepet:

*«Fra middelalderen er det benyttet som begrepet stigmatisasjon, som innebærer at det spontant oppstår sår eller merker etter sår hos enkelte fromme, slik som hos Frans av Assisi, på de samme steder på kroppen hvor Jesus ble såret ved henrettelsen – i ansiktet (etter tornekronen), på hender og føtter (etter nagling til korset) eller i siden (etter spydstikket). Senere er begrepet stigma gått over til å betegne et vanærende merke eller stempel – først de brennemerker som ble anvendt overfor forbrytere, og senere den usynlige merking som består i at noen utpreges som vanæret»(Hauge 2007:300)*

Stempling og stigmatisering brukes ofte om hverandre. I utgangspunktet kan man si at stempling er en prosess som gjør at en person blir stemplet som eksempelvis avviker, og selve stigmatiseringen er at man opplever seg selv som avviker og går inn i avvikerrollen (Hauge 2007), og her vil det si at man går inn i en ADHD-rolle og identifiserer seg med rollen. Stempelet (eller her diagnosen) kan medføre at andre ser på en med andre øyne, og at atferden andre har kan endres ovenfor avvikeren. Samtidig medfører dette at man som den stemplede avvikeren blir presset inn i en avvikerrolle, samt at man kan danne seg et bilde av seg selv som avviker, og man har fått et stigma (ibid).



I denne konteksten kan man tenke seg at stemplingsprosessen i et medikaliseringsperspektiv er selve diagnostiseringen og at når man har fått en eventuell diagnose har man fått et stigma hengende ved seg. Hauge (2007) sier at denne prosessen inneholder to nivåer, først defineres bestemte former for atferd som avvikende, som her hva er unormal urolig atferd med påfølgende konsentrasjonsvansker. Dernest skjer det at visse personer utpekes som avvikere i forhold til dette. I denne oppgaven vil det omhandle de som noen mener har en unormal urolig atferd samt konsentrasjonssvikt. Hauge presiserer også at det innenfor psykiatri vil være en mye mer skjønnsmessig definisjon av avvikere, og avgjørelse av hvem som faller innenfor de ulike kategoriene vil være preget av større usikkerhet (ibid). Dette vil også bli belyst i oppgaven idet det vil bli vist til ulike forståelsesmåter av urolig adferd. Videre sier Hauge følgende om avvik:

*«Definisjonen av avvik er imidlertid alltid sosialt bestemte. Det er noen som på en eller annen måte må bestemme at noen er avvikende og hvilke kjennetegn som er avgjørende for at en person eller gruppe skal falle inn under dette avviksbegrepet. Spørsmålet om hvorfor visse former for atferd defineres som avvik, står sentralt innenfor kriminologien.(...)»*

*Stemplingen på individnivå skjer ved at visse personer utpekes som avvikere. Vi vet imidlertid at av alle dem som utviser ulike former for avvikende adferd er det bare noen som stemples som avvikere. (...) Og selv om vi vet relativt lite om selve utvelgelsesprosessen, vet vi mer om sluttresultatet: At de som stemples som avvikere – enten det er som lovbrytere eller psykisk syke - oftest er personer som på en rekke områder allerede fra barnealderen har vært preget av ulike sosiale handikap. (...)» (Hauge 2007:302).*

Her ser man at det med stigma er relevant i en diagnosesetting siden stigmatisering nettopp er en prosess som leder til et resultat. Her er prosessen selve fasen hvor man kartlegger barnet i forhold til diagnosemanualene det være seg i lærer-, omsorgs-, lege- og/eller psykiater-psykologperspektiv. Dernest fører prosessen fram til en avgjørelse, har barnet diagnosen ADHD eller ikke? I siste instans er det en prosess der barnet eventuelt identifiserer seg med diagnosen eller ikke, det kan nok sikkert være ulikt hvordan det gjøres. (vil bli nevnt lenger ut i oppgaven, under barnas eget perspektiv på diagnosen).

### **1.3.1 Om teori og rammer rundt oppgaven**

I dette avsnittet vil jeg si noe om hvilke rammer jeg har tenkt å sette rundt oppgaven. Nærmere bestemt i hvilket perspektiv kan man se på medikalisering av væremåter med ADHD som eksempel?

I valg av perspektiv når jeg skal se på fenomenet ADHD synes jeg beskrivelsene til Margaretha Järvinen i hennes artikkel ”Att konstruera og dekonstruera sociala problem” (Järvinen 1998) kan være viktig som innfallsvinkel i det man skal se på medikalisering og her det som kalles ADHD.

Margaretha Järvinen omtaler i nevnte artikkel interaksjonistiske og dekonstruktivistiske perspektiver på sosiale problemer. Når en anlegger et sosialkonstruktivistisk perspektiv, spør en ikke først og fremst: Hva er årsaken til dette problemet? Hvordan skal vi løse det? I stedet kan man spørre: Hvordan har det seg at dette blir definert/ konstruert som et sosialt problem? Hvem definerer det som et problem? Hvilke interesser tjenes ved å definere dette som et problem? Nettopp fordi sosiale problemer (eller som her vilter adferd) ikke er objektive og naturlige kategorier, men noe som navngis og kategoriseres av de med makt, eksempelvis gjennom politiske beslutninger, utredningsvirksomhet og offentlig debatt (Järvinen 1998) .

Denne typen vinkling som Järvinen viser til, anser jeg som relevante i forhold til det som kalles ADHD, fordi jeg synes at man må se på hvem som er med på definisjonsprosessen og hvilke interesser ligger bakom? At det faktisk er viktig å spørre slik, illustreres for eksempel av endringene historisk i *hva* vi anser for å være et sosialt problem. Homoseksuell omgang mellom menn var for eksempel forbudt ved lov i Norge helt til 1972, og i dag er det isteden forbudt ved lov å diskriminere homofile. Dette er et eksempel på at definisjonsprosesser og hva som defineres som avvik eller sosiale problem endres over tid (jamfør også Heatherton, m.fl. 2003).

Järvinens artikkel understreker betydningen av *ikke* å ta hjelpe- og kontrollapparatets definisjoner av hva som utgjør sosiale avvik og problemer for gitt, men å interessere seg for de definisjonsprosessene som ”skaper” problemene slik de framstilles. Nettopp dette blir sentralt i møte med diagnosen ADHD, tar vi ADHD-diagnosen for gitt? Det er noen som klassifiseres som ADHD-barn fordi det er definert i en diagnosemanual, er det en «sannhet» da? Hvordan kan vi forstå dette fenomenet?

I definisjonsprosessene er det også makt (Järvinen 1998). På samme måte ser vi at diagnosemanualen, DSM -IV har makt fordi den ansees som en slags «bibel», som benyttes

innenfor psykiatrien, laget av mellom andre psykiatere som har stor makt innen sitt felt som nettopp er innenfor psykiatrien.

Järvinen (1998) viser også til Foucaults perspektiv, der kunnskap og makt er knyttet sammen. Der det finnes makt finnes også kunnskap, siden «sannheten» (eksempelvis definisjoner på ADHD) blir definert av de med makt og de som har talerett. Makt og kunnskapsbegrepet til Foucault bygger på forestillingen om «den andre» som i den forbindelse ikke har tilgang til makten/kunnskapen og som stenges ute fra den hegemoniske diskursen (Ibid). Og «den andre» er også diskursens objekt siden de beskrives av ekspertene og får en identitet som «lages» av kunnskapsregimene til ekspertene (Järvinen 1998).

Foucault sin variant av dekonstruktivisme går ut på å dekonstruere disse makt og kunnskapsregimene (Ibid). ADHD som diagnose kan også settes inn i Foucault sitt makt og kunnskaps perspektiv fordi det er mennesker i maktposisjoner som eksempelvis psykiatere som lager diagnosemanualene som nevnt før i oppgaven. En viss type adferd kategoriseres som avvikende fra «normalen», som et resultat får man en ekspertdiskurs, eller som her en manual som beskriver vilterhet, rastløshet, problemer med å konsentrere seg som en diagnose med navnet ADHD.

Hvis man blir diagnostisert med diagnosen ADHD kan man si at man får merkelappen syk, og det er eksperter, blant annet psykiatere eller overleger innen DPS`er (distrikt psykiatrisk senter) som har fått delegert makten til å delta i en diagnostiseringsprosess der de skal vurdere om de synes at barnet kvalifiserer til ADHD-diagnosen eller ikke. I denne prosessen kan det også tenkes at andre «leg-eksperter» som lærere, foreldre, leger mm er involvert i leddene før man vurderer diagnosen, fordi det må være noen som henviser et barn først til PPT, så til legen, så til distrikt psykiatrisk senter.

Foucault sine analyser går ut på å spørre seg; hvordan har et sosialt fenomen blitt konstruert? Hvem, eksempelvis hvilke profesjoner er aktive i konstruksjonen? Hvilke forklaringsmodeller blir brukt i diskursene? Er tyngdepunktet eksempelvis sosialt eller individuelt forklart? (Järvinen 1998).

ADHD går også rett inn i spørsmålene som Järvinen knytter opp mot Foucault, fordi hvem skal kunne definere hvem som er «normal» eller hvem som skal komme innenfor «kravene» til en diagnose som ADHD, hva er for eksempel normaladferd for et barn i norsk skole? Er det faktisk normalt å sitte stille over lang tid for et barn? Eller er det mer normalt å virre litt rundt, og ikke alltid få med seg alt som blir sagt eller være like konsentrert til enhver tid? Er det kanskje naturlig at man blir rastløs og ikke har lyst til å følge med når skoletimen er langtekkelig og kjedelig? Hva er naturlig adferd for et barn, egentlig?

Alt avhenger av øyet som ser og hvilke «briller» vedkommende har på seg. Og ikke minst, hvor legges tyngdepunktet i forklaringsmodellen av ADHD? Er det noe feil inni barnet, altså er det en individuell forklaring på utfordringen? Eller tolker ekspertene uroen som et uttrykk for noe som er rundt barnet, altså en sosial forklaring?

Järvinen (1998) understreker også noe jeg anser som veldig viktig; At det å være interessert i, og stille kritiske spørsmål rundt måten sosiale avvik/ problemer defineres på, ikke betyr at vi skal eller kan definere vekk menneskers smerte, fortvilelse, fattigdom, utslåtthet som noe som bare er ”konstruert”. Menneskelig lidelse finnes, og det bør en prøve å gjøre noe med. Men det er ikke sikkert at samfunnets rådende definisjoner av avvik og problemer og deres håndtering av disse tingene nødvendigvis tjener til å avverge lidelse (Järvinen 1998). I noen tilfeller gjør de kanskje det motsatte?

Når det kommer til ADHD er dette viktig, fordi det er ikke tvil om at mange strever med symptomer som kan linkes til symptomene som knyttes til diagnosen ADHD. Problematikk som kan linkes til ADHD-symptomer oppleves antagelig tøft i møte med skolen eller andre sosiale sammenkomster der man bør ha egenskaper som konsentrasjon og rolig framferd. Men man kan kanskje spørre seg: Hvem nyter best av at noen blir klassifisert med ADHD? Og burde man i mange tilfeller heller sett på omgivelsene rundt det barnet som sliter? Hva med skolesituasjon, barnets interesser, barnets iboende egenskaper og talenter, samfunnets krav og/eller barnets hjemmeomgivelser mm? Kan barnets adferd være et forsøk på å få formidlet noe?

Når det kommer til subjektet, som i denne oppgaven er barnet, kan det sees som et produkt av et møte mellom et individ og institusjoner, diskurser, maktrelasjoner og vitenspraksis som

framstiller sannhet (Ugelvik 2010:101). Når man har blitt et subjekt er det gjennom å anta at bestemte ting er sant om seg selv, man erfarer seg selv på en spesiell måte fordi man har funnet frem til bestemte former for viten. Subjektet kan på den måten sees som foranderlig, noe som skapes hele tiden (Ibid). Barnets selvoppfattelse vil på den måten kunne endres i takt med hva som blir gjort til viten om det via maktrelasjoner, diskurser og vitenspraksiser. Her risikerer barnet og bli stemplet som ADHD-barn. Og gjennom sin diagnose vil barnet utvikle en bestemt oppfatning om seg selv.

Hvordan plasseres så et subjekt i Foucaults makt-viten perspektiv? I Ugelvik (2010) sies det at et vitensregime er en måte å se verden på. Ulike regimer vil ha ulikt fokus alt etter hvilken makt-viten de er ute etter. Gjennom et klinisk blikk, et blikk som er høyst relevant for denne oppgaven, skapes friske og syke subjekter. Man kan dermed si at blikket til ”klinikerne” ( i denne oppgaven : legen, psykiateren, psykologen, pedagogen, foreldreblirket) vil være helt avgjørende for om diagnosen ADHD vil bli resultatet av en utredning.

Kliniker i anførselstegn fordi det også er «leg–klinikere” inne i bildet der det gjelder utredning av ADHD fordi både foreldre, læreren m. fl er med på å gi uttalelser som kan være del av den vurderingen legen/psykiateren gjør av barnet og som kan medføre sluttresultatet ADHD- diagnose.

Viktig i denne sammenheng er at leger og psykiatere er en del av en profesjon, (legestand eller psykiatristand) og en maktstruktur som har definisjonsmakt/rett, og som kan tildele mennesker diagnoser, og dermed vil legen i disse relasjonene ha størst makt. «Leg-klinikerne» som foreldrene og pedagoger kan være med å ytre seg, men har ikke samme definisjonsrett som legen har i form av sin legetittel som er en ekspertposisjon.

Maktbegrepet til Foucault er noe som skjer mellom mennesker, altså relasjonelt (Ugelvik 2010:107):

*”Makten er ingen substans. Det er heller ikke en mystisk egenskap som man må foreta utgravninger for å finne opphavet til. Makten er ikke annet enn en særegen type relasjoner individer imellom, og disse relasjonene er spesifikke (Foucault i Ugelvik 2010).*

Det å se på de ulike aktørene i en diagnosefastsettelse og relasjonene dem i mellom blir et viktig element i min oppgave. Nettopp fordi det er interessant å se hvilken relasjon de ulike aktørene har til hverandre og hvilke interesser som råder i dette «møtet» mellom kunnskap, makt og mennesker.

Hvordan har så denne oppgaven blitt til? Hvilken fremgangsmåte har jeg brukt? I neste kapittel blir dette tatt opp.

## 2 Fremgangsmåte

Oppgave vil i all hovedsak basere seg på temasentrert tilnærming. Det kan knyttes til Weiss' begrep «issue-focused analysis», som viser til at temaet er i sentrum (Thagaard 2003). Begrepet er hentet fra boken til Thagaard (2003) om kvalitativ metode. Oppgave er i all hovedsak en litteraturstudie, og den vil basere seg på et utvalg av artikler og bøker som tar for seg de ulike temaene jeg ønsker å belyse. Jeg vil diskutere temaene ved å sammenligne informasjonen fra artikler og bøker om hvert tema (Thagaard 2003).

Samtidig som det er temabasert, er det selvsagt også en form for dokumentanalyse (ibid). Dette siden jeg finner tekster og bøker og tar ut sitater og henter informasjon fra tekstene som passer inn i de emnene jeg tar opp i oppgaven.

Jeg har i tillegg til å ta utgangspunkt i artikler og bøker foretatt to uformelle samtaler med henholdsvis Brit Neumann og Hågen Haugrønningen. Jeg har vært på foredrag med begge, og ble dermed veldig interessert i deres vinklinger på det med urolig adferd. Neumann med sitt foredrag om ”Tryggmodellen” for ca. 3 år siden og Haugrønningen med sitt foredrag ”Fra traume til ressurs” nå i 2012. Neumann fattet jeg interessert for på grunn av hennes menneskesyn og flerårige erfaring fra skolearbeid, og arbeid i klasser der det var store utfordringer. Haugrønningen fordi han har egenerfaring med innleggelser, og i tillegg synes jeg fokuset hans er viktig fordi han sier at hovedformålet med foredraget, «Fra traume til ressurs» er: «(...) å spre håp om at det er mulig å reise seg selv fra helt jævlige situasjoner» (Haugrønningen 2012a)

I tillegg er deres erfaringer og syn som har kommet fram gjennom henholdsvis bøker og artikler av og om dem interessant i forhold til de temaene jeg skal belyse i oppgaven. Neumann fordi hun er opptatt av klassemiljøet, og det å bygge opp barns selververd og trygghet. Og hun fronter at et trygt fellesskapet er viktig for utvikling av individuelle ferdigheter. Haugrønningen fordi som han sier det selv på sin hjemmeside<sup>4</sup>:

*«Jeg har egen erfaring fra tilfriskning fra flere tyngre diagnoser og symptomer som ADHD, PTSL, paranoia, angst og depresjon. I dag er jeg medisinfri og tilbake i samfunnet som bidragsyter og skattebetaler».*

---

<sup>4</sup> Bakgrunnsinformasjonen er hentet fra hans hjemmeside: <http://hågenhaugrønningen.com/>

I dag bygger Haugrønningen seg opp en karriere som konstellatør, coach, foredragsholder og erfaringskonsulent og han synes det er bra hvis andre kan dra nytte av hans erfaringer (Haugrønningen 2012a).

Neumann tok jeg kontakt med via e-post og Haugrønningen fikk jeg også kontakt med via melding på facebook. Begge sa seg villig til å sette av tid til et møte da de hørte oppgavens tema som var medikalisering med fokus på diagnosen ADHD. Tidsperspektivet var på ca. 2 timer pr. samtale. Samtalen med Neumann ble litt over 2 timer, mens samtalen med Haugrønningen ble på i overkant av 1 ½ time rett og slett på grunn av at parkeringstiden min gikk ut. Begge samtalene ble foretatt i Oslo. Et på kafe og et hjemme hos vedkommende. Begge samtalene ble tatt opp med lydopptaker slik at jeg lettere kunne konsentrere meg om samtalen og på en mye bedre måte få tak i deres meninger i etterkant. Det var greit for begge, og jeg sa også at etter transkribering ville jeg slette samtaleloggen.

Noe av samtalematerialet vil brukes i oppgaven, mens andre momenter som kom fram blir en del av den kunnskap jeg tilegner meg i arbeidet med oppgaven. Begge samtalene var uformelle, men jeg hadde et spørsmålsark der jeg hadde med noen hovedemner som jeg gjerne ville samtale om. Spørsmålene jeg hadde som mal for samtalene ligger vedlagt.

Samtalen med Haugrønningen ble tatt litt sent i prosessen, 28. september 2012, men likevel får jeg med litt materiale fra han også fordi det er skrevet artikler om han og av han (Haugrønningen 2012a). Neumann hadde jeg samtale med 28. august 2012. Samtalene ble tatt forholdsvis sent i prosessen, rett og slett fordi jeg i utgangspunktet ikke hadde tenkt å foreta noen samtaler når jeg først hadde bestemt meg for kun å basere oppgaven på litteraturanalyse.

Brit Neumann har vært lærer og rektor i mange år og hun har utviklet «Tryggmodellen» som baserer seg på hennes erfaring gjennom mange år i norsk skole. Hågen Haugrønningen er utdannet adjunkt, agrotekniker og sertifisert familie- og organisasjonskonstellatør<sup>5</sup>. Haugrønningen jobber i dag som kurs og foredragsholder samt at han jobber med konstellasjonsarbeide både en til en og i grupper. Men han har også erfaringskompetanse med seg som en viktig ressurs som stammer fra hans egenopplevde tilfriskning fra mange diagnoser som nevnt over. Meningene til Neumann og Haugrønningen som kom fram i samtalen, samt deres skriftlige materiale, vil noen steder i oppgaven bli brukt til å belyse de funn jeg har gjort i oppgaven.

---

<sup>5</sup> fra Hellinger instituttet i Norge.



## **2.1 Valg av tema**

Om valg og innsnevring av temaet i prosessen. Siden medikalisering innebærer et stort felt som igjen innebærer mange aspekter, tar jeg utgangspunkt i diagnosen ADHD, det også etter råd fra veileder om å finne et spesifikt emne å ta utgangspunkt i, siden medikalisering er et veldig stort emne å ta for seg på generell basis.

Det jeg først og fremst ønsker å gjøre i oppgaven er å beskrive og diskutere hvordan de ulike fagfeltene forstår diagnosen ADHD, samt også få fram barnas og foreldrenes syn på denne diagnosen.

Viktig i diskusjonen rundt valgt tema er at jeg i størst mulig grad skal utvikle kunnskap som er litt mer enn bare det som står i de funn jeg har gjort om temaene. Det er viktig å fortolke mitt materiale i en bredere meningskontekst (Fangen 2004).

Helt uten sympati for den ene eller andre meningen i egne undersøkelser klarer man ikke å være i sitt arbeid, og noen av dem man studerer vil gjerne i større eller mindre grad få din sympati (ibid). Fangen (2004) viser til Becker fordi han tar opp konflikten som kan oppstå fordi man tar side hos de som vanligvis har minst makt, som at man kan ta parti med den psykiatriske pasienten og ikke legen. Da er det viktig at man ikke underkommuniserer funn som ikke er i denne gruppens favør (Fangen 2004). Dette er et viktig poeng som jeg må ta med meg i diskusjonen av temaene mine, og viktig i den forbindelse er det at jeg tar med funn i like stor grad fra ulike leire.

## **2.2 Svakhhet med temasentrert tilnærming**

Svakheten med en temasentrert tilnærming vil være at jeg tar ut utsnitt fra artikler og bøker som egentlig står i en sammenheng. Dermed vil jeg kunne miste det helhetlige perspektivet til forfatteren (Thagaard 2003). Fordelen med en temasentrert tilnærming vil slik jeg ser det være at man kan få med alle de temaer man er interessert i å diskutere nærmere. Dette var en av grunnene til at jeg valgte akkurat denne tilnærmingen og ikke intervjuer som hovedkilde. Argumentet for å velge nettopp en slik type framgangsmåte var at jeg var redd for ikke å favne bredt nok. Jeg ønsket å få fram spekteret av forståelser, og tenkte at man ved intervjuer

ville bli mer låst til den man intervjuet sin forståelse av emnet. Dermed valgte jeg å lete etter artikler og bøker som tok for seg emnet. Man kunne selvsagt gjort begge deler, både foretatt intervjuer samt hatt litteraturanalyse, men på bakgrunn av oppgavens omfang ville nok mengden materiale blitt for stort. Allikevel ble det faktisk to samtaler også, som nevnt, og de hjelper til med å belyse emnene jeg har funnet i litteraturen.

## **2.3 Om temaet og litteratur**

I startfasen av oppgaven og under forarbeidet der mye informasjon skulle innhentes, ble google brukt som verktøy for å finne fram til artikler og bøker som tok for seg emner om ADHD og medikalisering. I videre sortering av materialet som jeg fant på nettet, og spesielt når det gjaldt artikler, ble i all hovedsak artikler fra fagtidsskrifter brukt. Det var artikler fra Tidsskrift for Norsk psykologforening, Tidsskrift for den norske legeforening, Sosiologisk tidsskrift, Samtiden, Vardøger, Materialisten samt også noen internasjonale tidsskrifter som Biological Psychiatry og Clinical Child Psychology and Psychiatry. På nettstedet forskning.no kommer det også opp interessante forskningsfunn som omhandlet ADHD med jevne mellomrom og der har jeg fulgt med under hele oppgaveprosessen. Oppgaven har også med referanser fra aviser. Aviser både på nett og i papirformat har blitt fulgt med argusøyne i tiden både før og under oppgaveskrivingen deriblant Morgenbladet, Dagsavisen, Klassekampen, Aftenposten m. fl.

De artiklene som oftest var mest interessant å lese var gjerne kronikker som er skrevet av fagpersoner innen det medisinske feltet, eller artikler som enten refererte til eller intervjuet fagpersoner. Noen av de som skriver artikler for aviser har også legebakgrunn og kjenner både medisinen og journalistikken som Charlotte Lunde og Henrik Vogt. De har kommet med interessante artikler som belyser mitt tema.

Andre metoder jeg har benyttet for å finne referanser til oppgaven er at jeg gjennom mine internettsøk kom inn på fagemner og studieretninger som tok for seg emner innenfor samfunn, sosiologi og medisin, og dermed fant jeg også relevant litteratur og henvisning til forfattere gjennom å studere emneoversikter og deres pensum. I den forbindelsen kom jeg blant annet

over Olaug s. Lian, Carl Elliot og Peter Conrad som alle er opptatt av medikaliseringsspørsmålet.

Når deg gjelder begrunnelsen for de sitater jeg har tatt med i oppgaven for å belyse de ulike fagfelts oppfatning av ADHD, er det rett og slett et utvalg fra fagpersoner som belyste de ulike fagfeltenes syn på en god måte etter min oppfatning. Biedermann som referanse fant jeg i «Veilederen for diagnostikk og behandling av ADHD» fra Sosial- og helsedirektoratet, og han er en av de som belyser den biologiske forståelsen av ADHD. Psykolog Terje Sagvolden<sup>6</sup> var forsker og spesielt opptatt av hyperaktivitet, han var knyttet opp mot UIO og han har forsket på ADHD. Sagvolden hadde jeg også hørt om i forbindelse med ADHD-forskning før jeg startet med oppgaven. Brit Neumann ble valgt som en av lærerstemmene fordi hun har erfaring fra flere ulike skoler gjennom mange år på grunn av sitt arbeid med «Tryggmodellen», samt at hun har utgitt bøker om sine erfaringer. Jeg fant ikke så mange lærerstemmer gjennom litteratursøk, men jeg fant en masteroppgave i pedagogikk skrevet av Pia Berger Bjorvatn, en ungdomsskolelærer som også var pedagogisk psykologisk rådgiver i kommunen. Temaet for oppgaven hennes var ADHD som diagnose.<sup>7</sup>

Temaet i oppgaven er komplekst og det krever at man drar inn mange ulike perspektiver fra ulike fagfelt så som medisin, pedagogikk, kriminologi, samfunnsmedisin, psykologi, filosofi m. fl så dermed blir mye ulik litteratur brukt. Når det kommer til kriminologi kan man si at det handler om avvik og sosial kontroll, og temaene som inngår i dette kan bli ganske vidt fordi avvik kan defineres i forhold til så mange dimensjoner samt at sosial kontroll også kan ta mange former. Temaet om medikalisering og ikke minst psykiatriens rolle både frittstående og i sammenheng med fengsel og straff har hatt en rolle innenfor kriminologien (Andersson 2012, Dullum 2007, Høigård 1993). Samt at også medikalisering innebærer at mennesket får en merkelapp, en rolle og dette er også kjent innenfor kriminologifaget. (Se avsnitt om stigmatisering i kapittel 1.3)

Litteraturen er valgt fordi personene som har skrevet bøkene, artiklene mm er opptatt av feltet jeg søker inn i, samt at de som oftest er fagpersoner innen sitt felt. Litteraturen er skrevet av leger, psykiatere, pedagoger, sosiologer, kjemikere og psykologer mfl. Jeg ønsker et faglig spenn i min litteratur og vil derfor legge til grunn litteratur fra mange fagkretser. I

---

<sup>6</sup> Minneord om Terje Sagvolden i Psykolog tidsskriftet  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=137084&a=5](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=137084&a=5)

<sup>7</sup> Den fulle tittelen på oppgaven er: ADHD som diagnose. En vurdering av ADHD-diagnosens gyldighet og pålitelighet, og det metateoretiske grunnlaget for diagnosen.

tillegg er det litteratur som enten omhandler medikalisering generelt eller tilstanden ADHD. Når det gjelder avisartikler er jeg klar over at de kan ha ulik verdi på grunn av troverdigheten til artikkelen og journalistens kunnskap om emnet som blir tatt opp. Men også her har jeg mange artikler som er skrevet av fagpersoner, eller det blir vist til fagpersoner. Uansett er det viktig å vurdere sitt kildemateriale, spesielt fra aviser.

Legemiddelstatistikk fra reseptregisteret er også med i kildematerialet, samt også legemiddelstatistikk og tabeller og kommentarer om tallene fra folkehelseinstituttet.

For å finne hvilke kriterier som ligger til grunn for at noen bruker betegnelsen ADHD-diagnose, har jeg brukt manual utgitt fra helsemyndighetene som heter ”Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD” utgitt av sosial- og helsedirektoratet (nå helsedirektoratet<sup>8</sup>), sist revidert i 2007. Ny veileder regnes med å ferdigstilles i løpet av 2012 står det på helsedirektoratets nettsider (Helsedirektoratet 2012). Veilederen har blant annet gjengitt kriteriene for diagnosen både fra ICD-10<sup>9</sup> og DSM IV<sup>10</sup> samt at man der får et inntrykk av hvordan helsemyndighetene i landet vårt klassifiserer diagnosen ADHD. Det samme gjelder ADHD-faktaark fra folkehelseinstituttet som er underlagt helse- og omsorgsdepartementet, og noe derfra er også tatt med.

Bidrag fra aktuelle masteroppgaver og doktoravhandlinger er også referanser jeg har brukt.

Oppgaven favner et bredt spekter av innfallsvinkler, og i vår tid hvor informasjonstilgjengeligheten synes utømmelig har jeg forsøkt å få med mange ulike perspektiver, men likevel kan det tenkes at jeg har utelatt sentrale teoretikere og viktig informasjon som kan knyttes til temaet.

---

<sup>8</sup> Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ligger under og blir etatsstyrt av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har også oppgaver fra Kommunal- og regionaldepartementet. (kilde helsedirektoratet.no)

<sup>9</sup> ICD systemet er: « *The International Classification of Diseases (ICD) is the standard diagnostic tool for epidemiology, health management and clinical purposes. This includes the analysis of the general health situation of population groups. It is used to monitor the incidence and prevalence of diseases and other health problems. It is used to classify diseases and other health problems recorded on many types of health and vital records including death certificates and health records* », tatt fra : <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

<sup>10</sup> The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) “*is the standard classification of mental disorders used by mental health professionals in the United States. It is intended to be applicable in a wide array of contexts and used by clinicians and researchers of many different orientations (e.g., biological, psychodynamic, cognitive, behavioral, interpersonal, family/systems). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) has been designed for use across clinical settings (inpatient, outpatient, partial hospital, consultation-liaison, clinic, private practice, and primary care), with community populations*”. <http://www.psych.org/> (utgitt av den amerikanske psykiatriforening)

## 2.4 Annen forskning på feltet

Det finnes mange avhandlinger som tar for seg fenomenet ADHD med forskjellige vinklinger alt etter hvilket fagområde de tilhører. Det er også forskning på feltet som har ulikt fokus på og omkring tilstanden ADHD, og også studier som omhandler virkning av medisiner med mer. Eksempelvis er det nå satt i gang en stor studie som heter ADHD-studien<sup>11</sup> og den gjennomføres i et samarbeid mellom Nasjonalt folkehelseinstitutt<sup>12</sup> og Oslo universitetssykehus, Ullevål. Studien ble satt i gang høsten 2007 med en pilotundersøkelse. Selve hovedstudien ble startet opp i januar 2008, den skulle i første omgang vare fram til utgangen av 2010, og ble forlenget til ut juni 2011. I skrivende stund ser det ikke ut til at studien er avsluttet enda i alle fall ikke ut fra FHI.no (Folkehelseinstituttet) sine nettsider. Men mange delresultater vedrørende studien har blitt publisert underveis på nettet til FHI.no.

Denne studien skal i følge forskerne på folkehelseinstituttets nettsider øke vår viten om årsaker til diagnosen ADHD og hvilke risikofaktorer som virker inn. Studien er unik i verdenssammenheng fordi den rekrutterer barn fra Mor og barn-undersøkelsen (MoBa<sup>13</sup>), noe som innebærer at man har informasjon om ca. 100 000 barn og deres foreldre fra før barnets fødsel, samt blodprøver fra begge foreldrene og fra barnet. Min tolkning av forskernes ønsker med studien er at de i tillegg til å finne risikofaktorer og årsaker, også ønsker å kunne identifisere tidlige kjennetegn på det som kalles ADHD. Det må presiseres at vedrørende ADHD studien og forklaringen av den i de siste avsnittene er det forskernes mening og tanker omkring ADHD som diagnose som blir forklart ut fra nettsiden til FHI og det baserer seg på deres ståsted når det gjelder ADHD symptomer<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Prosjektets fulle tittel er ”ADHD i førskolealder: tidlige kjennetegn, forløp, risiko- og beskyttelsesfaktorer i en prospektiv fødselskohort”. Studien er en stor satsing for både Folkehelseinstituttet og Oslo universitetssykehus, Ullevål og er blant annet finansiert direkte over statsbudsjettet med midler bevilget fra Helse- og omsorgsdepartementet. Prosjektet er også finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, Helse Øst og et privat forskningsfond. (Hva det private fondet er har jeg ikke klart å finne ut på FHI sine sider) (ref. ADHD studien på [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

<sup>12</sup> Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet) er direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, sidestilt med Helsedirektoratet, Helsetilsynet og Legemiddelverket.

<sup>13</sup> MoBa er en unik studie der det er rekruttert mer enn 100 000 gravide kvinner i årene 1999-2008. Også fedrene ble invitert. Det holdes kontakt med disse familiene i mange år framover, og stadig samles både biologisk materiale og spørreskjemadata inn. (kilde MoBa på [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

<sup>14</sup>

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,4428:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:67265::1:5569:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,4428:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:67265::1:5569:1:::0:0) Referanse for studien er FHI.no og de ulike internettsidene der ADHD-studien omtales.

## 2.5 Etikk

Når jeg valgte problemstilling har jeg også vurdert om emnet jeg tar opp kan virke støtende, siden jeg tar opp en diagnosen som ADHD. Min vurdering har vært at jeg uansett valg av tema kan komme til å støte noen . I all hovedsak er ønsket mitt at det jeg har kommet fram til i oppgaven kan bidra til at de som har fått en ADHD-diagnose kan få en større bevissthet rundt hvordan ulike aktører i samfunnet ser på en diagnose som ADHD, og at symptomene på ADHD på mange måter og mange ganger kan være en veldig bra ressurs å ha med seg. Et godt eksempel på dette er svømmeren Phelps (Coucheron 2012). På den måten har jeg vurdert de etiske implikasjonene med emnet mitt, men man er aldri helt fullstendig sikker på om noen kan føle seg tråkket på (Thagaard 2003:60-61).

I neste kapittel vil jeg ta et historisk tilbakeblikk på det vi kaller ADHD i dag.

### 3 ADHD som diagnose – historisk tilbakeblikk

Her vil det historiske bakteppet for ADHD bli presentert slik at man kan se forståelsesmåtene som følger etter i lys av «urolighetens historie». Samtidig vil man få enda mer grunnlag for å diskutere forståelsesmåter og tallmaterialet når man har historien i bunnen. Samt at man vil få et innblikk i hvilke «briller» de ulike legene hadde på seg når de snakket om den urolige adferden, og på hvilken måte «brillenes» glass var farget av den forståelsen som var rådende i de ulike tidsepokene.

Forhistorien er viktig fordi man kan få innblikk i hva som ligger bakenfor klassifiseringen av det som i dag kalles ADHD-diagnosen. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i et samleverk fra 2004 «Barn og Unge med ADHD» som omhandler ADHD, og kapitlet til Pål Zeiner «ADHD - en oversikt». Noen enkeltting angående ADHD sin historie vil også være fra andre. Pål Zeiner er barnepsykiater og samarbeider blant annet med ADHD Norge der han sitter i fagrådet (ADHD Norge er en interesse- og medlemsorganisasjon for de som har diagnosen ADHD). Fagrådet i ADHD Norge virker som støtte for foreningen og det består av representanter fra faggrupper som eksempelvis sosionom, psykiater, psykolog mm .

I følge Zeiner er det beskrivelser omkring «urolige» gutter i vitenskapen tilbake til slutten av 1800 tallet. Zeiner som har skrevet kapitlet «ADHD - en oversikt» er overlege ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) ved sykehuset Buskerud HF.

Framstillingen som følger om ADHD og dens historie vil stort sett være ut fra Zeiner sitt blikk. Siden Zeiner er lege vil jeg gå ut fra at de historiske linjene han trekker i kapitlet vil være et utvalg som passer inn i hans forståelsesramme. Uansett om vi ser historien gjennom en legens blikk tenker jeg at ”historien om ADHD” kan belyse hvordan man har kommet fram til diagnosens oppkomst slik vi kjenner den i dag og de kriterier som følger med ADHD diagnosen. Boken «*Barn og unge med ADHD*» er et samarbeids prosjekt med ADHD Norge og ble gitt ut i 2004. Samtidig markerte det også at ADHD Norge rundet 25 år.

Den første historien om ADHD relatert- adferd blir nevnt både av Hauge (2011) og Lunde (2011), og disse historiene ble skrevet av den tyske forfatter og lege Heinrich Hoffmann allerede i 1845. Barneboken de refererer til er beskrivelser av urolige barn med rampete adferd og heter; «Der Struwwelcher» (Busteper) og barna som beskrives i denne boken hadde

nok oppfylt de diagnostiske trekk ved ADHD nevner begge forfatterne. I medisinsk sammenheng ble det i 1899 en artikkel skrevet av lege, T.S. Clouston, i «The Scottish Medical and Surgical journal», den omhandlet barn som var hyperaktive, impulsive, reagerte fort på stimuli og som samtidig kunne være overfølsomme. Hans forklaring på denne adferden var at høyere sentre i hjernen som skulle hemme aktivitet var svekket, og dermed ble ikke energien kontrollert. Samtidig antok Clouston at arvelige faktorer ga en ujevn utvikling av hjernen (Zeiner 2004). Publiseringen var den første vitenskapelige artikkelen i vitenskapshistorien om urolig adferd som kan relateres til det vi i dag kjenner som ADHD (Ibid).

I 1902 holdt professor Still noen foredrag der hovedfunnene også ble publisert i tidsskriftet The Lancet (Zeiner 2004). Hans beskrivelser omfattet 20 barn som hadde en atferd som var preget av en ekstrem rastløshet, motorisk hyperaktivitet og vanskeligheter med å konsentrere seg om oppgaver de skulle løse. Still beskrev også at tilstanden var vanligere hos gutter enn jenter. Still beskrev også at mange utviklet ødeleggelsestrang, misnøye og aggressivitet. Zeiner beskriver at Still antok at årsakene til denne tilstanden var arvefaktorer, men at skade i hjernen også kunne forklare tilstanden.

De første tiårene av 1900- tallet var preget av at det var en pågående debatt mellom fagfolk om betydningen av arv og fødselsskader som årsak til atferdsvansker og lærevansker. I 1908 beskrev Tregold barn som var hyperaktive og hadde motoriske problemer, adferdsproblemer, lærevansker mm og han antok at årsakene til problemene var en skade i hjernen (Ibid).

På 1920 tallet knyttes hyperaktiv adferd til følgetilstander etter alvorlige virusinfeksjoner forteller Zeiner, spesielt knyttes den til spanskesyken som var utbredt både i Europa og i USA mellom 1917 og 1920. Noen barn som fikk hjernebetennelse utviklet over tid uttalt hyperaktiv og impulsiv adferd. Dette dannet grunnlaget for betegnelsen, «Organic drivenness», som Cohen og Kahn brukte i 1934 for å beskrive pasienter som var hyperaktive, impulsive, urolige og motorisk klønede. Bakgrunnen var at de la til grunn at utfordringene skyldtes skader i sentra i hjernestammen som regulerer aktivitetsnivået.

I 1937 behandlet Charles Bradley hyperaktive barn med amfetamin og det viste positive virkninger på hyperaktiv og impulsiv adferd (Zeiner 2004).



Mot slutten av 1950- tallet ble det igjen økende interesse for barn med sammensatte lærevansker med hyperaktivitet, impulsivitet mm etter at det på 1940- og 50- tallet var mindre fokus blant fagfolk på hyperaktive barn. Betegnelsen «Minimal Brain Damage» ble da til fordi man antok at det dreide seg om en mindre skade i hjernen.

På begynnelsen av 1960-tallet tok flere til ordet mot at hyperaktivitet og atferdsproblemer kunne sees på som hjerneskade, man ønsket heller å beskrive det som hjernedysfunksjon. I 1963 oppsto dermed begrepet MBD, «Minimal Brain Dysfunction». Betegnelsen MBD var en fellesbetegnelse som ble brukt på barn med sammensatte utfordringer som også innebefattet uro og atferdsproblemer. MBD rommet mange barn med ulike funksjonsproblemer og til et såpass vidt begrep var det knyttet både fordeler og ulemper. Fordelen med en samlebetegnelse er at man oppdager barn med ulik problematikk tidlig (ibid). Ulempene er at betegnelsen rommet mange ulike barn med ulike funksjonsproblemer. Blant annet uttrykte professor Rutter at betegnelsen MBD var uegnet for å avgrense gruppens kliniske karakteristika, hvilken type behandling var egnet og hvorledes prognosene var. Han uttrykte behovet for flere diagnoser framfor en samlebetegnelse sier Zeiner.

I 1980- og 90- årene forsvant begrepet MBD fra fagbøker og artikler, men ble brukt i mange sammenhenger allikevel.

Professor Christoffer Gillberg, som har sitt virke i Sverige, undersøkte på 1980- tallet mange barn som hadde blitt diagnostisert med MBD. Gillberg har ytret ønske om samlebetegnelse hos barn som sliter med flere utfordringer samtidig. DAMP- begrepet “Deficits in Attention, Motor control and Perceptions” ble utviklet av Gillberg (Zeiner 2004).

I 1968 da “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II” (DSM- II) kom ut, inkluderte den tilstanden “Hyperkinetic Reaction of Childhood”.

I 1978 da verdens helseorganisasjon (WHO) skulle gi ut niende revisjon av det internasjonale diagnosesystemet for sykdommer, «International Classification of Diseases» (ICD), fikk «Hyperaktivitetssyndromet i barndommen» en plass i denne revisjonen.

I 1980 kom DSM- III ut og basert på nyere funn og teorier fra psykologiske tester av hyperaktive barn fikk man der betegnelsen: « Attention Deficit Disorder With or without Hyperactivity.» Forkortet ADDH+ eller ADDH-. Alle diagnostiske kriterier var knyttet til barnets atferd i hverdagen (Ibid).

I 1987 kom DSM systemet ut i revidert utgave- DSM III-R og da ble betegnelsen «Attention Deficit Hyperactivity Disorder» (ADHD) dannet, og der var det ingen undergrupper. Men man hadde 14 ulike symptomer på hyperaktivitet, impulsivitet og dårlig konsentrasjonsevne. For å få diagnosen måtte man oppfylle minst 8 av disse symptomene.

Siste DSM revisjon som har kommet hittil, kom i 1994, og det er DSM-IV, der er betegnelsen «Attention Deficit / Hyperactivity Disorder» (AD/HD). De seneste funn tydet på at det var mange som hadde konsentrasjonsproblemer, men som ikke var hyperaktive, dermed ble denne betegnelsen delt i tre: De som først og fremst var hyperaktive og impulsive («Predominantly Hyperactive/Impulsive Type»), de som hadde konsentrasjonsproblemer («Predominantly Inattentive Type» og de som hadde en kombinasjon av disse («combined type»). Kriteriene forutsatte at problemene måtte være tilstede før fylte 7 år og utfordringene merkbare i flere situasjoner både hjemme og på skolen(Zeiner 2004).

I den siste utgaven av det internasjonale klassifikasjonssystemet «International Classification of Diseases», ICD, versjon 10 fra 1992 kom betegnelsen «Hyperkinetisk forstyrrelse». Kriteriene for denne diagnosen er hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer som er merkbare før 7 års alderen og som sees i flere situasjoner. Tilnærmet likt ADHD Combined Type (Ibid). Det subklassifiseres i de som har, eller ikke har ledsagende atferdsforstyrrelser. I tillegg klassifiseres barn under kategorien «Andre spesifiserte atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (også inkl. oppmerksomhetsforstyrrelser uten hyperaktivitet), kriteriene for dette er at de oppfyller kriteriene for ADHD, (Predominantly Inattentive Type) (Ibid).

Oppsummeringsvis ser man ut fra historien at urolig adferd har blitt snakket om og diskutert allerede fra tidlig på 1900- tallet. En professor uttalte i 1902 at han antok at årsakene var arvefaktorer, men at også en skade i hjernen kunne forårsake en slik tilstand. Også andre enn Still antok at årsakene var skade i hjernen tidlig på 1900 tallet. Rundt 1920 ble årsakene knyttet til følgetilstander etter spanskesyken. Rundt 1930 knyttes tilstanden til skader i senteret i hjernestammen som regulerer aktivitetsnivået, og dette var noe som kunne oppstå etter hjernebetennelse ble det sagt. Fra mot slutten av 60- tallet og fram til i dag kom diagnosemanualene med ulike betegnelser alt etter utgivelser på urolig adferd og/ eller konsentrasjonsvansker. Betegnende for Zeiners beskrivelse historisk er at de relaterer hyperaktiv adferd til noe som er feil inni mennesket, altså adferden forklares ut fra feil på barnets hjerne. Det beskrivende er også at da som nå er årsakene diffuse og man har ingen

klare bevis på hva som egentlig er årsaken til ADHD som det kalles i dag. Mulig at historien til ADHD er beskrevet ut fra «feil» i hjernen nettopp fordi Zeiner er medisiner og da kanskje ser ADHD som uttrykk for noe feil biologisk? I denne historien kan man få et innblikk i hvordan klinikernes «brilleglass» ble farget i de ulike tidsepokene alt etter hva man antok forårsaket den viltre og ukonsentrerte adferden.

I kapittel fire vil det nettopp bli tatt opp de ulike måtene fagpersoner ser på ADHD-diagnosen i dag, og det kan illustrere hvordan de ulike fagpersonenes «brilleglass» er innfarget.

## 4 Urolig adferd hva så? Hvordan tolkes ADHD-diagnosen?

*«Jovisst var han syk. Overaktiv, overenergisk, overtent, overgira, overivrig, hyperaktiv, men altså? Hypokonsentrert. Han hadde ikke interesse for skolen, boklig lærdom eller klasserommets stillesittende velsignelser. Gutten hadde mest i armer og bein» (Coucheron 2012).*

Beskrivelsen psykiater Coucheron har av svømmeren Michael Phelps av, er muligens beskrivende for mange som har fått tildelt diagnosen ADHD. Coucheron presiserer lenger ned i sitt debattinnlegg at kanskje er det:

*«SUNT å stadig være rastløs, boble over av energi som ikke har noe med boklig lærdom å gjøre, men som ikke lar seg temme av bøker, formler, tall eller pengejag? (...) kanskje mangler i vår passivitetshverdag «medisinen» ADHD? Eller genene som gir denne formen for vitalitet, uro, engasjement og virketrang? Kanskje er det slik at ADHD slett ikke er en sykdom, men en veiviser? En veiviser mot fremtidig yrkesvalg for barnet, bort fra skolebenken, kan hende ut i naturen, kan hende til idretten (...)Hva skjer i dag? Vi tror at de rastløse, aktive, plagsomme barna er syke. Så gir vi dem det narkotiske stoffet Ritalin istedenfor å ta dem med i bassenget. Vi bør nok istedenfor å gi dem diagnoser og tabletter spørre: Hva egner du deg til, lille mann eller vesle jente?(Coucheron 2012).*

Nettopp egenskaper som Coucheron nevner ovenfor er det jeg vil snakke om i dette kapitlet. Hvilke beskrivelser finnes i litteraturen blant de ulike fagkretser på de som har sammenfallende symptomer med Michael Phelps, og som blir kalt ADHD tilfeller? Fra de ulike forståelsene kan man få innblikk i hvordan «brilleglassene» til de ulike fagpersonene er farget av eget syn på denne diagnosen.

Her vil jeg kort og godt beskrive hvordan synet på ADHD-diagnosen er sett ut fra et biologisk, psykologisk og pedagogisk blikk. Samt at foreldrene og barnas syn på denne diagnosen vil komme fram. Gjennom utvalget av sitater og meninger har jeg forsøkt å få fram bredden i hvordan man ser på ADHD fra ulike fagprofesjoners ståsted.

Perspektivene som blir tatt opp vil bli presentert i følgende rekkefølge: Biologisk-, psykologisk- og pedagogiskforståelsesramme, så kommer litt om foresattes perspektiv og tilslutt og kanskje mest viktig kommer det fram noen meninger fra barna som har blitt diagnostisert med ADHD. Tilslutt vil jeg diskutere litt rundt de ulike forståelsesrammene. Kapitlet blir ganske omfattende, men det krever plass for å få frem nyansene og de ulike forståelsene som råder i samfunnet.

## 4.1 Biologisk forståelse av ADHD

Her vil det bli tatt fram eksempler som tar i bruk en biologisk forståelse av diagnosen ADHD, og som kan relateres til nevrologi og /eller biologiske avvik i hjernen. Brillerglasset vil således være innfarget med et biologisk perspektiv.

Sitatene vil bli tatt fra psykiatere, psykologer og leger som jobber innenfor psykiatrien eller har tilknytning til psykiatri og som er kjent med psykiatriens tolkning av sykdommer. De sitatene som har blitt plukket ut har alle noe å gjøre med hjernens nevrokjemi, men allikevel kan de ha ulike nyanser av hvordan de ser på den biologiske forståelsen av diagnosen ADHD. Meningene som kommer er fram er tatt med for å vise hvordan en biologisk forklaring på diagnosen ADHD ser ut.

Den biologiske fortolkningen springer ofte ut fra en medisiners synsvinkel, eller er medisinsk inspirert (Liverød og Liverød 2011). Løsningen på en slik ubalanse i hjernens nevrokjemi går ut på at det kan justeres med medisiner (Ibid). Wenche Sjøby, som er cand. mag og sosionom med erfaring fra sosialt arbeid, skrev et innlegg i Aftenposten i 2004 der hun kommer inn på om psykiske lidelser er biologi, arv eller miljø. Om psykiske lidelser sier hun at det er to ulike modeller å forstå psykisk lidelse på. Den nevrobiologiske måten å forstå psykiske lidelser er tradisjonelt sett leger og sykepleiere eksponenter for med bakgrunn i sin opplæring i medisin og sykdomslære. Hva er så kjennetegnet på den nevrobiologiske måten å forstå psykiske lidelser på ? I følge Sjøby (2004) er det følgende:

*«Her forsøker man å forstå symptomene hos individet som tegn på sykdom. Sentralt i denne forståelsen er en lineær måte å forstå lidelse på; dvs. at x symptomer skyldes y forstyrrelser i hjernen. Ut fra sykdomsmodellen som forklarer psykisk lidelse som kjemisk ubalanse eller forstyrrede hjernefunksjoner, blir behandlingen tradisjonelt somatisk dvs. med medisiner eller elektrostimulering (Sjøby 2004).»*

Psykolog og filosof Ole Jacob Madsen sier at når det kommer til diagnosen ADHD finnes det mye forskning som tar for seg utbredelse, årsaker og behandling (Madsen 2010). Mye av forskningen knytter årsakene til nevrobiologi og genetisk sårbarhet, dette igjen er linket til barns dopamin omsetning- eller serotonin nivå i hjernen (Madsen 2010, Rose 2003).

Ut fra et forskerperspektiv mener mange å kunne fastslå at ADHD er nevrologisk betinget, folkehelseinstituttet definerer blant annet lidelsen som det sier Madsen ( 2010).

Harvard Child Psychiatrist, Joseph Biederman (2005) sier at nevrobiologien til ADHD ikke er forstått fullstendig, men at dopamin og noradrenalisystemet har vært implisert i grunnsymptomene som karakteriserer denne diagnosen. Videre om nevrobiologi i tilknytning til diagnosen ADHD sier han følgende:

*“Although there are inconsistencies among studies, it is notable that the pattern of deficits that has emerged in neurobiologic, neuroimaging, and neuropsychologic studies of ADHD across the life cycle support the hypothesis that deficits in frontal lobe function and the connections between the frontal lobe and key subcortical regions underlie this disorder. Because of the complexity of prefrontal circuitry (Cummings 1993), it is not yet clear whether the prefrontal abnormalities in ADHD are secondary to “lesions” of the prefrontal cortex or to brain areas with prefrontal projections. Thus, the term “fronto–subcortical” provides a suitable neuropsychologic description of ADHD and denotes a behavioral or cognitive dysfunction that looks frontal but might be influenced by subcortical projections. Neuroimaging studies, ideal for testing hypotheses about the locus of brain dysfunction in ADHD, provide direct assessments of brain structure and function. Structural imaging studies, with computerized tomography or magnetic resonance imaging, found evidence of structural brain abnormalities among ADHD patients, with the most common findings being smaller volumes in frontal cortex, cerebellum, and subcortical structures.” (Biederman 2005:1218).*

Med dette sitatet viser Biedermann at hans syn på ADHD er tilknyttet hjernens anatomi og eventuelle avvik i den. Om psykososial motgang sier han følgende, tas med for å vise hans helhetlige syn:

*«It is important to note that, although many studies provide powerful evidence for the importance of psychosocial adversity in ADHD, such factors tend to emerge as universal predictors of children’s adaptive functioning and emotional health, rather than specific predictors of ADHD. As such, they can be conceptualized as nonspecific triggers of an underlying predisposition or as modifiers of the course of illness” (Biederman 2005:1218).*

Professor Terje Sagvolden (1945-2011) har jobbet på fagfeltet ADHD i flere tiår, han var psykolog. Sagvolden<sup>15</sup> som er sitert i Splide (2005) har sagt følgende om hvordan han ser på diagnosen ADHD:

*«Stoffet dopamin fungerer ikke optimalt» (..) Hjernen bruker dopaminet til å regulere overføringen av signaler fra én nervecelle til den neste, men i hjernen til et menneske med ADHD virker dopaminet dårligere enn vanlig. – Det er altså en kjemisk ubalanse,*

---

<sup>15</sup> Sagvolden var en av grunnleggerne av FENS (the Federation of European Neuroscience Societies).

*forklarer Sagvolden, og resultatet blir at en del hjerneceller får problemer med å holde seg passe aktive. Dermed blir cellenes korttidshukommelse dårligere.(...) I dag vet vi at visse gener gir den karakteristiske kjemiske ubalansen i hjernen. Sykdommen er svært arvelig, og rammer oftest gutter. Det er for eksempel ganske vanlig at både bestefar, far og sønn har ADHD” (Splide 2005) .*

Ifølge hans uttalelser ser man at han relaterer den urolige adferden til ubalanser i hjernens kjemi, samt til prosesser som har med dopaminomsetning å gjøre. Han sier også at det er arvelig og knyttet til visse gener.

Et annet eksempel på at mange antar at biologi/nevrologien kan brukes som forklaringsmodell på ADHD ser man i en artikkel på UIB (Universitetet i Bergen) sine sider som omhandler et nytt genfunn i forbindelse med ADHD. Der blir det referert til at amfetamin første gang ble fremstilt i 1887. Siden 1937 har det vært kjent at sentralstimulerende midler som amfetamin og senere ritalin har effekt ved ADHD- symptomer. Mange har derfor antatt at hjernens dopamin- eller noradrenalin signaloverføring er endret ved ADHD. Forskeren som har funnet dette nye genet<sup>16</sup> som kanskje kan knyttes til ADHD sier at selv om mekanismen angående endret dopamin og noradrenalin signaloverføring ikke kan utelukkes, kan man tenkes seg at mange andre gener kan være involvert også, noe forskeren nettopp prøvde å finne i sin forskning (Andreassen 2010).

Også fra et styringsdokument kan man finne det biologiske perspektivet. I veilederen i diagnostikk og behandling av AD/HD som er utgitt av Sosial- og helsedirektoratet oppgir de følgende om hva AD/HD er:

*«AD/HD regnes som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse med uttalt konsentrasjonssvikt, uro, rastløshet og impulsivitet. Symptomene gir seg til kjenne tidlig i barneårene (...) og vedvarer ofte inn i ungdomsalderen og voksenlivet. Kjernesymptomene ved AD/HD kan deles inn i tre hovedgrupper: Konsentrasjonsproblemer/oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet, impulsivitet» (Sosial- og helsedirektoratet 2007:6).*

Psykiater Joel Paris (2010:24) siterer i sin bok forskningsledere innen psykiatri som hevdet at:

---

<sup>16</sup> Det nye funnet gjelder et reseptor protein (Latrophilin 3) som har slektskap med reseptorer for edderkoppgift fra sorte enker. Det nye funnet sier noe om hvor viktig det er å tenke utenfor den vanlige boksen når en leter etter nye gener, sier Haavik i Andreassen Andreassen, Kim E. (2010): Nytt ADHD-gen funnet. <[http://nyheter.uib.no/?modus=vis\\_nyhet&id=46451](http://nyheter.uib.no/?modus=vis_nyhet&id=46451)> [Lesedato: 19.10.2011].

*«Psyriske lidelser er komplekse genetiske forstyrrelser der avvikende kjemi og nettverksforstyrrelser i hjernen fører til atferdssymptomer» Paris (2010:24).*

Paris mener at det er det biologiske syn som er dominerende innen psykiatrien i dag. Videre sier han at det vil få konsekvenser for psykiatrifaget. Ser man på psykiatri som anvendt nevrovitenskap, bør legemidler som gjenoppretter normal hjernekjemi være det primære verktøyet sier Paris (2010).

Psykolog Geir Øgrim er i nevroteamet , BUP (Barne- og ungdomspsykiatri) Østfold , han sitter også som i fagrådet i ADHD-Norge. Om ADHD-diagnosen sier han følgende:

*«I min praksis har jeg møtt mange foreldre som forsiktig har turt å løfte blikket når det er blitt bekreftet at deres barn har en funksjonsvanske som har gjort oppdragelsen til en betydelig utfordring. De har fått vite at hovedårsaken til at barnet sliter med styring av egen adferd er av nevrobiologisk karakter. De har kunnet flytte fokus fra det å være skyld i barnets vansker til det å samarbeide med hjelpeapparatet (...). Jeg har utallige ganger, selvfølgelig ikke i alle saker, sett at medikamentell behandling har gitt barn og foreldre et nytt liv, med framgang hjemme og på skolen»(Øgrim 2006)*

Oppsummeringsvis ser man at en biologisk forståelsesmåte først og fremst vil knytte diagnosen ADHD til avvik i hjernen. Mange vil ifølge det som er nevnt ovenfor dermed tenke medisiner som korrigerende tiltak. Ut fra veilederen utgitt av Sosial- og helsedirektoratet synes det som om helsemyndighetene legger en biologisk forståelse til grunn når det gjelder diagnosen ADHD. Med biologiske briller vil glasset være farget av en medisinsk forståelse hvor årsaken ligger inni individet, da vil ofte legemidler bli brukt som korrigerende tiltak i følge Paris (2010).

Andre vil se den biologiske modell som viktig i forhold til terapimuligheter. Dette fordi nyere hjerneforskning viser at avvik i hjernens responssystem ikke nødvendigvis er varige, men at de kan korrigeres med riktig terapi (Eide-Midsand 2010, Eide-Midsand 2011).

Psykolog Nils Eide-Midsand er positiv til den «biologiske bølge» som han kaller det (Eide-Midsand 2010). Han er av den oppfatningen at den nye bølgen av hjerneforskning utvider og åpner opp for nye tanker.<sup>17</sup> Han sier at ikke minst gir den biologiske forskningen grunn til

---

<sup>17</sup> «I min studietid var etterdønningene etter forrige biologiske tsunami fortsatt til å ta og føle på. I dødvanet av brutte forhåpninger til nevroleptika og lobotomi ble det i beste fall sett på som bakstreversk å befatte seg med hjernen. Spesielt blant psykoterapeuter hersket det nok en oppfatning om at biologiske forklaringsmodeller var noe som begrenset og lukket til. Biologisk forankrede fagmiljøer hadde på sin side liten tiltro til psykososiale tilnærningsmåter. Den nye bølgen av hjerneforskning er annerledes. Den utvider og åpner opp – for nye tanker og muligheter» s. 1098, sitert (Eide-Midsand 2011)



optimisme når det gjelder det å kunne hjelpe noen av de mest utsatte klientene, barn som ble utsatt for alvorlig omsorgssvikt og traumatisering tidlig i livet. ( Disse barna kan også «risikere» å komme inn under paraplyen ADHD-barn, som er emnet i denne oppgaven).

Eide-Midsand forklarer videre at ved ulike former for traumatiserende opplevelser som barn vil man kunne utvikle alternative responsmønstre. Nærmere forklart vil det si at hjernen finner andre måter å reagere på, og den utvikler alternative nervenettnettverk og systemer som automatisk aktiveres når barnet utsettes for ubehag. Resultatet kan bli varige forstyrrelser i hjernens aktiveringsnivå (Ibid).

Eide-Midsand sier at han kan utnytte hjerneforskning til å finne eller underbygge terapiformer som hjelper til med å forandre nervenettnettverk på hjernestamme- og mellomhjernenivå eller det å regulere ned alarmen (Eide-Midsand 2011). For å få til en slik endring er det helt annen og konkret stimulering som skal til enn tradisjonell psykoterapeutisk tilnærming.

Eide-Midsand (2011) har kort sagt i sin artikkel fortalt om et spesifikt tilfelle han hadde til terapi, og hvordan han fikk til endringer i denne gutten sitt responssystem. Han har også referert til forskning som antyder at opplevelser som utvikler hjernen ofte er forbundet med positive emosjoner. Mye tyder på at latter og frydefull lek stimulerer vekstfaktorer i store deler av hjernen. Han sier det sånn:

*«(...)i det minste i den settingen jeg kjenner best – terapirommet – har jeg kunnet konstatere et forbløffende samsvar mellom barnas spontane, lystbetonte valg og det som nevrovitere har kommet fram til at vi trenger for å utvikle og omorganisere forskjellige deler av hjernen. Barn som har vært utsatt for tidlige relasjonelle traumer, trenger ofte rikelig med opplevelser som virker reorganiserende på de dype delene av hjernen – slik som rytmisk stimulering og motorisk utfoldelse – før lek i tradisjonell forstand eller ord blir meningsbærende for dem (Eide-Midsand 2011:149).*

Hans tilnærming til forskningen på hjernen, slik det beskrives i artikkelen, går ut på at det åpner seg muligheter til å rette opp dysfunksjoner som tidligere ble ansett som utenforliggende til psykososiale behandlingstiltak, dette fordi forskningen har funnet ut at hjernen innehar plastisitet. Endringer i hjernen er ikke nødvendigvis irreversible (Eide-Midsand 2010, Eide-Midsand 2011).

*«Mye tyder på at latter og frydefull lek stimulerer vekstfaktorer i store deler av hjernen. Den bidrar bl.a. til modning av pannelappen og dermed til organisering av selvregulerende evner som refleksjon, forestillingsevne, empati og kreativitet (Eide-Midsand 2011:149).*

Argumentet til Biederman (2005) vil dermed understøtte Eide-Midtsand sin teori om at man kan finne fram til riktig terapi ved hjelp av ny hjerneforskning, siden han hevder at

*“neuropsychologic studies of ADHD across the life cycle support the hypothesis that deficits in frontal lobe function and the connections between the frontal lobe and key subcortical regions underlie this disorder.”* (Biederman 2005:1218).

Nettopp endringer i pannelappen var den virkning Eide-Midtsand antydte som følge av sin terapi som baserte seg på aktivitet som medførte latter og frydefull lek. Med argumentet til Biederman ser man at mangler tilknyttet den frontale lapp kan linkes til ADHD.

Selv om det er uttallige grunner for at noen får diagnosen ADHD kan kanskje en av grunnene være nettopp at noen har utviklet alternative respons mønstre i hjernen. Selv om Biedermans budskap i artikkelen ikke gikk ut på terapi. Slik jeg tolket det omtalte han medikamentell farmakologisk behandling:

*”Stimulants, such as methylphenidate<sup>18</sup>, seem to reduce core ADHD symptoms (i.e., inattention, hyperactivity, impulsivity) by inhibiting the dopamine transporter and blocking dopamine and norepinephrine reuptake into the presynaptic neuron, thereby increasing the release of these monoamines into the extraneuronal space. Changes in dopaminergic and noradrenergic function seem to be necessary for the clinical efficacy of pharmacologic treatments of ADHD. A plausible model for the effects of medications in ADHD suggests that, through dopaminergic and/or noradrenergic pathways, these agents increase the inhibitory influences of frontal cortical activity on subcortical structures”* (Biederman 2005:1218).

Disse illustrasjonene viser at tilnæringsmåtene og forståelse av biologiske markører i forhold til ADHD-symptomer kan være ulike, at «brilleglassene» kan være farget forskjellig selv med et biologisk syn i bunn. Enkelte kan mene som Biedermann at medikamentell behandling kan rette opp denne skjevheten, eller i det minste kan gi symptomlindring. Mens Eide-Midtsand mener at slike avvik kan rettes opp igjen med riktige terapiformer og at slike avvik ikke er permanente.

## 4.2 Psykologisk forståelse av ADHD

Liverød (2010) siterer Albert Einstein: *«Make everything as simple as possible, but not simpler»*. Dette kan stå som en god deloverskrift for den fargen de psykologiske brillene kan ha i møte med det viltre og ukonsentrerte barnet.

---

<sup>18</sup> Kjent for flest som ritalin, eller også concerta som er en langtidsvirkende tablett i forhold til ritalin som må doseres flere ganger om dagen.

I dette avsnittet har jeg valgt å ta utgangspunkt i betraktninger fra en psykolog om hvordan en psykolog tilnærmer seg utfordringer et menneske kommer med.

Deretter har jeg valgt å ta med utsagn som kommer fra psykologer. Siden dette er utdrag fra noen få psykologer er jeg klar over at det ikke vil være dekkende for bredden innenfor psykologi, men det vil gi en pekepinn på hvordan en psykolog kan tenke i sitt arbeid.

Psykologer kan også tenke i biologisk perspektiv, det er vist ved at psykologer som Øgrim og Sagvolden har fått en plass i kapitlet om det biologiske perspektivet. De utsagnene som er valgt ut i dette kapitlet er basert på at de har en større forståelse av ADHD-diagnosen enn kun det biologiske perspektivet. Og at sitatene på en god måte belyser denne utvidede forståelsen.

For å få en oversikt over hvordan en psykolog nærmer seg et menneskets utfordringer og som denne oppgaven omhandler, ADHD, kommer jeg til å bruke betraktninger fra psykolog Liverød<sup>19</sup> og hans refleksjon over psykologers rolle:

*«Psykologer er flinke til å sjonglere mange perspektiver, tanketradisjoner og innfallsvinkler i håndteringen av den menneskelige tilværelse. Fordi vårt fagfelt er plassert mellom samfunnsvitenskap, humanvitenskap og naturvitenskap, må vi forholde oss til sannhetskriterier fra ulike vitenskaper. Det gir psykologen et slags koldtbord av perspektiver i møte med mennesker, noe som legger grunnlaget for empati, respekt og dyptgripende forståelser av individet og samfunnet for øvrig. Samtidig skaper det en ydmykhet for sannheters relative karakter, og det resulterer i en forsiktig mentalitet som sjelden forhaster seg i sine uttalelser. I verste fall blir psykologen sittende i en taus, forståelsesfull og reflekterende posisjon, noe som kanskje er intellektuelt sofistikert, men samtidig svært ubehjelpelig når det handler om å promotere faget, uttale seg i offentligheten og fungere som tydelige støttespillere for mennesker i nød. I møte med progressive markedskrefter og medisinspsykiatriske perspektiver, som tilbyr raske løsninger på vanskelige problemer, risikerer den reflekterte psykologen å komme til kort» (Liverød 2010:1).*

Psykologiens perspektiver synes dermed i følge Liverød å være mye mer sammensatt og bestående av et «koldtbord av perspektiver», og kanskje vanskeligere å få forklart i en enkelt hånd vending enn en biologisk årsaksforklaring. Hovedtendensen synes å være at man ut fra et psykologisk perspektiv tar med mange faktorer i vurderingen av utfordringer. Dette vil da også gjelde i møte med de viltre guttene som havner inn under ADHD paraplyen, og psykologiens vurdering vil være avgjørende for type behandling de eventuelt vil tilby, som også har blitt nevnt tidligere. I tillegg til menneskesynet nevner også Liverød tiden vi er inne i som krever raske løsninger på problemer som oppstår. Nettopp krav om effektivitet kan være en motarbeidende faktor til psykologiens mer sammensatte løsninger på utfordringer.

Nettopp raske løsninger er ting som blir verdsatt høyt i et markedsorientert samfunn som krever målbare og effektive resultater (jf også Liverød 2010:5).

Liverød sier også at når en utfordring som oppstår blant en gruppe mennesker skal løses, er det gjerne de som raskest kan definere problemet som får førsterett på løsningen. Faren kan da bli at psykologene, som går ut fra flerfasettsforståelser, kan komme dårlig ut fordi det erfaringsmessig er de enklere årsaksmodellene som får definisjonsmakt (Liverød 2010:1-2). I følge Liverød kan det bety at innenfor psykisk helsevern blir den metapsykologiske innfallsvinkel utkonkurrert av de medisinspsykiatriske perspektiver.

Hvis man forstår et problem, eksempelvis ADHD, ut fra en psykososial forståelse vil man ofte sette i gang med en eller annen form for psykoterapi eller psykososiale tiltak (Liverød og Liverød 2011). Hvis man har utviklet negative følelser eller tanker (evt. vilter adferd) på grunn av vanskelige sosiale eller personlige forhold er psykoterapiens oppgave kartlegging av disse tenkemåtene slik at man kan avsløre hvordan tankene påvirker følelsene og livet for øvrig i en negativ retning (Ibid).

Psykologene Idås og Våpenstad påpeker at "Veilederen for ADHD" sier at ADHD er en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse, men de ønsker å vurdere ADHD mye bredere. I følge deres utsagn under virker det som om Idås og Våpenstad ønsker større fokus på omgivelsene og miljøet rundt barnet, det vil si at de ser mot de psykologiske og sosiale komponentene, og de mener det er ille dersom uroen skal defineres som varig:

*«Vi mener samtidig at man også bør vise varsomhet i forhold til å forholde seg til konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker og uro som fenomener som er mer eller mindre konstante, varige og uforanderlige. I stedet bør man forstå dette som egenskaper og ferdigheter som både er trenbare, påvirkelige og foranderlige. I vår praksis som både klinikere og sakkyndige har vi ofte sett at barn med ADHD-diagnosen "mister" diagnosen når livsbetingelsene rundt dem endres. Vi spør: er det allikevel slik at ADHD skal defineres som en varig tilstand» (Idås og Våpenstad 2009)*

Idås og Våpenstad (2009) mener det er sterkt misvisende å fremlegge ADHD, som er et såpass uavklart fenomen, som primært en arvelig sykdom. De mener at det "riktige" er å si at både den arv vi har med oss, og miljøet rundt oss bidrar til utviklingen av ADHD (ibid).

Løkke (2006) uttrykker at han mange ganger kjenner raseri over at ADHD årsaksforklares biologisk og blir behandlet deretter, fordi han mener at man mister viktige ting på veien, den humanistiske visjonen om mennesket skyves i bakgrunnen og kortidstenkningen råder.

Angående den humanistiske visjonen sier Løkke at humanismen fortolker barnets uro eller depresjon som et uttrykk for noe barnet sliter med i eget liv, og han mener at barnet ikke kan forstås atskilt fra sine omgivelser (ibid).

Oppsummeringsvis kan det synes som om psykologien har flere tilnærmingmåter til ADHD enn kun avvik i hjernen. Tar med et sitat fra psykolog Liverød som kan belyse hvorfor det kanskje er sånn at det biologiske vinner terreng framfor det psykologiske:

*«(...) biologiske sykdomsmodeller innenfor psykisk helsevern vinner terreng fordi de til en viss grad tilbyr ganske entydige definisjoner og raske intervensjoner, hvorpå balansen mellom metapsykologi og biologi ofte blir skjev. Faren med en slik skjevhet i biologiens favør er en latent determinisme som på stilltiende vis installeres i det kollektivt ubevisste og ganske ubemerket diskvalifiserer menneskers psykologiske kapasitet og potensielle herredømme over egen helsemessig vekst. Symptomet på en slik utvikling er inflasjon i diagnosekategorier som lukter av biologiske og medisinske psykiatriske årsaksforklaringer. Jeg tror ikke at behandlerne er ensporede i sine forståelser, men jeg tror at de metapsykologiske mulighetene er underrapportert, og det er ganske naturlig, fordi det ikke er så lett å forklare, bevise eller hevde i et markedsorientert samfunn som krever effektive, raske og målbare resultater.» (Liverød 2010:5).*

Enkle forståelser som den biologisk rettede kan vinne terreng både fordi mange ønsker raske forklaringer selv og ikke vil grave seg ned i innfløkte terapiprosesser (Liverød 2010).

Samtidig kan man også tenke seg at de med sterkest stemme og mest makt vinner fram. I følge Järvinen (1998) har ikke alle individer eller grupper samme "talerett" når det gjelder å utpeke sosiale problemer. Effektiviteten til en definisjonsprosess, som her kan være nettopp måten man forstår ADHD på, er avgjort av hvilken posisjon og funksjon man har i samfunnet.

De som har mest gjennomslagskraft i samfunnet på det medisinske feltet er leger og psykiatere basert på deres profesjonsstilling, ganske enkelt fordi de har rett til å stille diagnoser i kraft av sin posisjon. Hvordan helsemyndighetene uttaler seg om diagnosen ADHD kan også være veldig avgjørende for hvordan den oppfattes. Nettopp sosial- og helsedirektoratet uttaler at ADHD er en nevrobiologisk lidelse i sin veileder (sosial- og Sosial- og helsedirektoratet 2007).

En kommentar til det Idås og Våpenstad sa angående at de synes det er trist om ADHD-diagnosen sees som varig. Slik jeg har forstått det så snakker mange innenfor medisinen om at

det biologiske/arvelige er varig, mens det i genetikken som er forholdsvis nytt, er biologiske avvik foranderlige fordi vi skrur av og på genene alt ettersom hvordan vi har det i omgivelsene våre (Vogt 2011). Videre etter mitt syn så vil det bety at det er to ulike oppfatninger angående det biologiske, (jamfør også det som ble nevnt i forrige kapittel angående forskjeller mellom Biedermann og Eide-Midsand) eller så kan det bety at alle rett og slett ikke er like oppdatert på feltet? Hvis alle hadde vært oppdatert vedrørende epigenetikk skulle man tro at man ville gitt terapi for den urolige adferden som kunne forandret/reversert de biologiske endringene, heller enn å drive med symptomlindring? Liverød (2010) viser også i sin artikkel til at vellykket samtaleterapi synes i frontallappene, noe som betyr at metapsykologisk intervensjon har fysiologisk effekt.

#### **4.2.1 Diagnosen ADHD - samfunnsløsninger, medisiner og biologiske vinder**

Psykolog Løkke uttrykker følgende i en avisartikkel om biologiske forklaringer og hva man mister på veien når man kun bruker den forståelsesrammen og at dette er et resultat av nyvinninger innen genetikk og nevrofysiologi:

*«Nøyaktig som for hundre år siden er det høykonjunktur for biologiske forklaringsmodeller. Den nye «biologismen» forstår ikke barns adferd ut fra sine omgivelser; samfunnet, skolen, familien og egen biografi, men ut fra gener og biokjemi.(...) Nevropsykiatriens gjennomslagskraft henger sammen med nyvinninger vi har sett innenfor genetikk og nevrofysiologi i de siste tiår (...) Dette er viktig kunnskap. Problemet er at kunnskapen misbrukes og settes inn i en altfor enkel forståelsesramme. Der avansert fysikk nærmer seg de humanistiske vitenskapenes betoning av fortolkning og mangetydighet, ser vi at den nye biologien går et skritt tilbake og blir reduksjonistisk. Talsmennene for den nye «biologismen» utviser derfor ofte en forbløffende uvitenhet om den oppsamlede kunnskapen innenfor de humanistiske vitenskaper. Denne nye «biologismen» ville ikke fått så stor gjennomslagskraft dersom den ikke ble støttet av helsedepartementene» (Løkke 2006).*

Her kommenterer Løkke også det faktum at det kan virke som om helsedepartementene også er enig i at biologiske forklaringsmodeller er riktig å bruke. Dette er et tema som også Margaretha Järvinen har tatt opp idet hun sier at de med definisjonsrett og makt har en tendens til å få gjennomslagskraft (Järvinen 1998), selv om det knytter seg usikkerhet til de biologiske forklaringsmodeller.

Lunde (2011) forteller at de på hennes kull på medisinstudiet hørte om den såkalte ”biopsykososial” forståelsesmodell som gikk ut på at en pasients tilstand måtte forstås i en

utvidet kontekst. Nettopp som Idås og Våpenstad påpeker tidligere i kapitlet nevner Lunde (2011) at de fikk forelest at et menneske er ikke bare biologi, men også summen av sine psykososiale erfaringer. Men sier Lunde videre, det vi lærte angående behandling av diagnosen ADHD var utelukkende medikamentelt. Barne- og ungdomspsykiateren som hadde undervist Lunde og hennes kull om diagnosen for noen år siden gjorde det på følgende måte:

*” Han viste oss artige innslag fra tv-serier som ”Dial Nanny 911” for å demonstrere hvor vanskelige ADHD-barn kunne være, før han avsluttet med et reklameklipp fra en legemiddelprodusent som lager medisiner for ADHD – for å vise hvor enkelt det kunne behandles. Biologidelen av biopsykososial-modell-begrepet ble godt dekket i den forelesningen. Den psykologiske og sosiale problematiseringen uteble”(Lunde 2011:3)*

Brante (2006) uttaler seg også om psykoterapi (den psykologiske tilnærmingen) kontra medisiner (biologisk tilnærming) vedrørende ADHD, og sier at han betviler sterkt at diagnosen hadde blitt like utbredt om psykoterapi hadde vært den sentrale behandlingen. Legemiddelindustrien tilbyr i dag fem ulike varianter av sentralstimulerende medisiner på det norske markedet og nye merker er på vei. Den adferdsterapeutiske behandlingen av diagnosen er ikke like godt markedsført, og på langt nær like godt kjent (Brante 2006:82-84, Lunde 2011:7).

Brante kommer her inn på det økonomiske idet en adferdsterapeutisk behandling er mer ressurskrevende og koster oss mer som samfunn.

I denne samlekurven ser vi at viktige emner i tilknytning til ADHD blir tatt opp, fordi Brante kommer inn på det med kostnader og at han mener at ikke ADHD hadde blitt så utbredt om man først og fremst hadde brukt psykoterapi som behandling.

Lunde påpeker at de på legestudiet fikk forståelsen av at pasientens tilstand måtte forstås via en biopsykososial forståelsesmodell, men at når det kom til undervisning om eksempelvis ADHD ble biologidelen godt dekket, men den psykologiske og sosiale problematiseringen uteble. Da er det kanskje ikke rart at de fleste leger og psykiatere som er involvert i diagnostiseringen tolker ADHD først og fremst som en biologisk defekt, og tilbyr medisiner som løsning?

## 4.3 Pedagogisk tilnærming til ADHD

I dette kapitlet ønsket jeg å formidle noe om hvordan skolen og/ eller pedagogen forstår ADHD-diagnosen og hvordan de beskriver «ADHD-barn». I mitt materiale har jeg ikke lykket i å finne så mye av den typen litteratur.

Derfor har jeg valgt og si noe om skolens rolle i forhold til barn og unge med ADHD ved hjelp fra en manual som er utarbeidet av sykehus i Oslo<sup>20</sup> og Akershus, i tillegg til Oslo kommune. Dette kan kanskje vise oss noe om skolens rolle omkring diagnosefastsettelsen?

I dette kapitlet vil jeg også vise hva noen lærere mener om ADHD-diagnosen om utvalget se metode kapitlet. Så kommer det noe om hva andre «tenkere», som har et forhold til skolen, forteller om skolen og ADHD. Er det noe med rammene rundt barna eller er det barna det er noe galt med? For å forstå mer av problematikken som kan komme fram som konsekvens av skolen har jeg tatt med noe om skolemessige betingelser som kan være med på å utvikle ADHD symptomer.

### 4.3.1 Skolens rolle

For å klargjøre hvilken rolle skolen har i behandlingslinjen for barn og unge som står i fare for å få diagnosen ADHD har jeg tatt utgangspunkt i en manual som omhandler ulike aktørers rolle i behandlingslinjen. (Oslo Universitetssykehus HF, Oslo kommune, m.fl. 2012).

Det første denne manualen sier angående skolen er at den innehar en nøkkelrolle i forhold til oppfangning av ADHD-adferd. Dette fører med seg at de skal ha god og faglig oppdatert kunnskap om ADHD-diagnosen og hvordan dette arter seg. I tillegg hevdes det i manualen at skolen må utarbeide interne rutiner ved bekymring for en elev (Oslo Universitetssykehus HF, Oslo kommune, m.fl. 2012). Manualen sier så at skolen skal ha fokus på å kartlegge og iverksette hjelpebehov så raskt som mulig, men at skolen ikke skal ha som mål å få satt en formell diagnose.

Når det gjelder henvisning til hjelpeapparatet sier manualen om skolen at all henvisning foregår i samarbeid med foresatte. Trengs en utredning opplyses foreldrene om at de kan

---

<sup>20</sup> Oslo Universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo kommune



starte utredning hos fastlege og de kan da få med en pedagogisk rapport fra skolen. Det er legen, i hovedsak fastlegen, som eventuelt henviser barnet videre til spesialisthelsetjenesten (som regel barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, forkortet BUP<sup>21</sup>, som er et tilbud i spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom) , da det er der ADHD-diagnosen vanligvis stilles. Om skolens rolle ved utredning/diagnostisering sies følgende:

*«Skolen spiller en viktig rolle ved kartlegging av vansker hos elevene. Skolen har hele tiden en referanse til aldersgruppa, og kan se om eleven i visse situasjoner strever mer enn i andre. Skolen er en viktig samarbeidspartner i PPT<sup>22</sup>/BUP sitt utredningsarbeid. Samtale med lærer, observasjon i klassen/gruppa og kartlegging av eleven er viktige elementer i dette. Skolen vil dessuten ofte bli bedt om å fylle ut sjekklister eller spørreskjemaer. Disse dekker som regel både ADHD-symptomer og andre vansker. For skåringens del er det viktig at man fyller ut etter beste skjønn også når man er usikker. På den måten får man et inntrykk av vanskenes omfang og type. At skolen får anledning til å utdype svarene sine skriftlig eller i samtale, er også sentralt. Skolen utarbeider pedagogisk rapport som skal vedlegges henvisningen til PPT/BUP. Rapporten skal inneholde en beskrivelse av elevenes faglige og sosiale fungering. På området sosial kompetanse inngår samarbeidsevne, vennskap, konfliktnivå, trivsel og ressurser» (Oslo Universitetssykehus HF, Oslo kommune, m.fl. 2012:6)*

I manualen, aktørenes rolle i oppfangning av ADHD-barn, står det at en del av barna med ADHD- diagnose prøves ut på medisiner. Manualen nevner også i den forbindelse skolen som en samarbeidspartner med BUP, idet de kan bli forespurt av behandler i BUP om å samarbeide rundt eleven i form av observasjoner og utfylling av skjemaer i løpet av utprøvningsfasen (Oslo Universitetssykehus HF, Oslo kommune, m.fl. 2012) . Slik manualen legger opp til skolens rolle i hele prosessen fra man tenker noen tanker om at her er noe galt fatt, til man har fått et barn diagnostisert, synes det som om skolens uttalelser innehar rimelig stor betydning for diagnosesettingen. Skolen er en av partene rundt barnet og vil kunne påvirke utfallet av diagnostiseringen i ganske stor grad.

#### **4.3.2 Pedagogers tanker omkring ADHD**

Her kommer utsagn fra pedagoger og hva de tenker omkring diagnosen ADHD, og videre vil det komme argumenter om hvordan skolen møter ADHD. På hvilken måte er «brilleglassene» til pedagogene farget?

---

<sup>21</sup> Tilsendt vurdering fra barnehage, skole, PPT, helsestasjon og barneverntjeneste er av stor betydning for BUP i dette arbeidet (Oslo kommune, m.fl. (2012): *Behandlingslinjen for barn og unge med ADHD i Oslo. Manual for skole.* <[http://www.lds.no/stream\\_file.asp?iEntityId=21764](http://www.lds.no/stream_file.asp?iEntityId=21764)> [Lesedato: 24.09.12]

<sup>22</sup> Pedagogisk-psykologisk tjeneste

Pia Bjorvatn har jobbet både som lærer i ungdomsskolen og i PPT og hun stiller seg følgende spørsmål om de som har fått diagnosen ADHD. ( I 2007 skrev hun en masteroppgave i pedagogikk med et kritisk blikk på diagnosen ADHD):

*«I mitt arbeid som lærer i ungdomsskolen, og som pedagogisk psykologisk rådgiver i kommunen, har jeg møtt mange barn og unge med atferdsvanskeligheter, og flere av disse har fått diagnosen ADHD og medikamentell behandling som følge av denne. Men spørsmålet jeg ofte stiller meg i møte med disse barna er hvorvidt årsaken til deres vansker er å finne i nevrologien, eller om det like gjerne er forhold i miljøet, og barnets interaksjon med dette miljøet, som best kan forklare problematferden? I mange tilfeller er dette ikke umiddelbart lett å avgjøre» (Bjorvatn 2007).*

Her ser man at læreren er i tvil om hva som kan ha mest innvirkning på ADHD, er vanskene å finne i nevrologien? Eller er det barnets interaksjon med miljøet som har mest innvirkning?

På slutten av oppgaven sin har Bjorvatn med noen betraktninger omkring de funn hun har gjort, og hun sier følgende om den biologiske forståelsesrammen, barn med en urolig adferd samt muligheter for tiltak:

*«Et alternativ til det biologiske forståelsesparadigmet som i dag preger store deler av psykiatrien, er en mer kontekstuell eller systemfokuserende forståelsesramme. I stedet for å forstå ADHD-adferd isolert som et resultat av nevrologiske feilprosesser, vil da systemet barnet eller ungdommen er en del av være av størst betydning for hvordan atferdsvansken blir forstått og behandlet. Miljø og systemrettede tiltak vil imidlertid ofte være mer omfattende og mer ressurskrevende enn medikamentell behandling, og kreve at det er miljøene og systemene rundt barnet eller ungdommen som må vise evne til å forandre seg. (...)*

*Barn og unge med ukonsentrert, impulsiv og hyperaktiv adferd kan være en utfordrende gruppe å jobbe med. Mange fagpersoner kan derfor føle seg ganske maktesløse i møte med denne typen atferdsvanskeligheter, og behovet for effektive behandlingstiltak er stort. (...) Behovet for utvikling av, og ressurser til effektive og mer systemrettede behandlingstiltak vil derfor være stort i tiden fremover. Politisk må det også være vilje til å vurdere om det skolesystemet vi har i dag er hensiktsmessig og tilpasset mangfoldet i barne- og ungdomsbefolkningen, eller om det også på denne arenaen trengs en mer grunnleggende gjennomgang av enhetsskolen som system» (Bjorvatn 2007: 81-82)*

Her kommer også Bjorvatn med argumentet om at det koster mye mer med miljørettede tiltak enn medikamentell behandling og det krever også mer av omgivelsene, underforstått; det er enklere og billigere å gi barnet skylda ?

Jeg hadde samtale med tidligere lærer og rektor Brit Neumann i forbindelse med bøkene hun har skrevet, som også nå jobber på skoler i perioder. Når hun jobber i skolen nå, er det i kraft av «Tryggmodellen» som hun selv har utviklet på bakgrunn av erfaringskompetanse. Dette sa hun om ADHD-diagnosen da jeg spurte henne hva hun tenkte når hun hørte navnet ADHD.

*«Da tenker jeg på alle de jeg har møtt opp gjennom livet som har fått en ADHD-diagnose. Jeg har veldig ofte tenkt at dette er ikke riktig. Det er grunnholdningen min. Men så har jeg kommet borti tilfeller der det også har vært riktig med medisiner. ADHD- begrepet for meg er veldig ofte forbundet med at det er unger som skiller seg litt ut fra aldersgruppen sin(....)Og vi forstår dem ikke ordentlig. Jeg har gjort veldig mye for å prøve og forstå. Og jeg har sett endringer. Jeg kan ikke si at jeg er imot ADHD- diagnose, selvsagt kan jeg ikke det. Samtidig ser jeg at - jeg tror det skjuler mye».*

Her sier Neumann at hun tror det er noe bak en ADHD-diagnose, og at det skjuler mye. Hennes utsagn kan vise at siden ADHD-diagnosen kan skjule mye, kan være et symptom på at ett eller annet ikke stemmer. Neumann har mye erfaring med barn fordi hun både har jobbet innenfor skolen og sett mange barn i mange ulike faser i livet. Hva problematikken egentlig er, det kan være så utrolig forskjellig fra person til person.

Hågen Haugrønningen, som også er pedagog, og har egenerfaring fra ADHD-diagnose, sa i den samtalen vi hadde at han mener det er traumer som ligger under ADHD- symptomer.

Haugrønningen sa til SolungAvisa at hans ønske for de som kommer i kontakt med psykisk helsevern er at:

*«(...) alle (...) får tilbud om kartlegging av traumer ut fra genogram. – En traume trenger ikke være i kategori med Åstaulykken eller andre kjente katastrofer. Det skjer stadig traumatiske hendelser rundt om i hjem og på skoler, ting som ikke får oppmerksomhet i media men som setter varige spor i den det gjelder, sier Hågen Haugrønningen. Ved hjelp av kartlegging og bearbeiding av traumer, forsoning, erkjennelse og å finne sin plass i samfunnet har han kommet videre. – jeg er overbevist om at våre metoder er en vei tilbake til samfunnet, ut av systemet og inn i en hverdag som aktiv frisk bidragsyter for mange. Det kan skje ved konstallasjonsarbeide, meditasjon, samtale og veiledning av erfaringskonsulent.»(SolungAvisa torsdag 10.05.2012)*

Det han blant annet har brukt for å løse opp i egne traumer er konstallasjonsarbeid eller også kalt flergenerasjonell psykotraumatologi (Haugrønningen 2012b).

Jeg siterer fra Haugrønningen (2012b) for å få et lite innblikk i hva konstallasjonsarbeide er:

*«Familiekonstellasjoner slik jeg har lært det ved Hellinger Instituttet er et fag som omfatter konstellasjoner, tilknytningsteori, fenomenologi og flergenerasjonell traumeterapi. Konstellasjoner er dyptgripende, og er ingen quick fix metode eller selskapslek. Dette er dyp psykoterapi. Konstellasjoner kan være korttidsterapi med langtidseffekt. Konstellasjonen starter en prosess, klienten må selv ha selvstøtte nok til å kunne holde denne prosessen. Dette kan være en god og effektiv måte for vekst og heling av symptomer, traumer og annet som holder en tilbake og hemmer en fra å leve sitt liv til fulle. Denne terapiformen krever mye av konstellatøren, den krever også mye av klienten om hun ønsker resultater.(...)»*

*Folk vil gjerne beholde symptomet, symptomet er gjerne en overlevelsesstrategi, det som fikk oss videre. Samtidig er det dette som tapper oss for energi, først når vi ser dette kan vi finne en løsning. Det å gi slipp på symptomet innebærer ofte å gi slipp på gamle mønstre, identitet, beskyttelse, sikkerhet og hva vi opplever som kjent og trygt. Ser vi nærmere etter, er det ofte dette som holder oss tilbake og begrenser oss i livet. Tar vi vekk symptomet, eller får lagt dette til ro, kan vi begynne å arbeide med den friske delen. Den friske delen må vokse for at vi skal bli friske. Det er fem trinn i psykoterapi som er essensielle (Ruppert – Foredrag Illusjoner og desillusjoner): Gi slipp på illusjoner, Trekke seg tilbake fra symbiotiske bindinger, Forstå splittelser i egen personlighet, Erkjenne traumene som har skjedd, Integrere traumatiserte deler. (Haugrønningen 2012b: 1,15,16)*

I samtalen jeg hadde med Neumann diskuterte vi også litt USA og hvordan de løser ADHD problematikken. I den forlengelsen kom vi inn på at de kan medisiner barn helt ned i 3 årsalderen. Neumann uttrykte da at det er mange ting fra USA som vi ikke bør videreføre her. Men hun sa også at hun var glad for USA på mange måter:

*«men den lettvinne måten å håndtere vanskelige ting på, med medisiner, det tror jeg ikke på!»*

Videre nevnte jeg at det i veilederen fra sosial- og helsedirektoratet stod at det var en nevrologisk lidelse, hva tenker du om det? Neumann sa da følgende om dette i samtalen vår:

*”Ja, de tror på det, og det kan være at det er noe i det, men så tror jeg at de samler ting i en sekk.(...) Jeg sitter ikke og er spesialist på dette. Jeg kan bare snakke ut fra de erfaringer jeg har med det. Jeg har sett at mange av de ungene som de søker om å få medisiner, jeg ser at de faller til ro. Det er mange av de ungene som har en ressurs av en annen verden. Ressursene deres skaper en indre uro, sant, fordi de ikke kan få utløsning for alt det de virkelig sprenges av. Også skal de dempes istedenfor å lete etter; Hva er det vi kan bruke dette her til på en bra måte.*

*(...) du spurte meg ganske tidlig om det å gå ut over rammer. Jeg tror at vi skal gå utenom rammer. (...)vi har mye større handlingsrom enn vi tror. Og noen ganger skal vi lage vide rammer, og noen ganger skal vi lage veldig stramme rammer. (...) utgangspunktet må være at det skal være til barnets beste. FNs Barnekonvensjon er overordnet norsk lov, og vi driver og sjonglerer med unger og prøver ut det vi tror på i farta, istedenfor å virkelig lete etter.. Veldig mange ganger ligger det vanskelige ting under. De ungene som tidlig viser tegn på uro. Da ligger det alvorlige hendelser bak.*

*Nå skal jeg ikke henge ut foreldre, for det mener jeg ikke, men veldig mange ganger er de foreldrene tjent med medisiner.*

Videre i samtalen snakket vi om at det var viktig å ha en god dialog med barn som viser urolig adferd og her er hva Neumann sa om det:

*« Det er alltid viktig, og jeg har kommet over veldig mange alvorlige ting. En unge som bare møter straff, trussel om straff, vil bare bli hardere og hardere å utvikle hardere og hardere metoder. Og hvis du samtidig også er utsatt for vanskelige ting utenfor skolen (...) det klarer ikke en unge å mestre. Og hvis du vil hjelpe den ungen så er du nødt for å åpne dører inn til, der du mest får komme på talefot med. Fordi jeg kommer på talefot med, så får jeg historier(...) man bare må gjøre noe med. Og da tror jeg at det er veldig lite(...), ADHD medisin, det er ikke det jeg tyr til først i alle fall»*

Disse utsagnene er eksempler på hvordan ADHD kan oppfattes fra læreres ståsted.

### **4.3.3 Mer om skolen**

I følge Joar Tranøy (som er forsker, kriminolog, historiker og psykolog) har mange lærere utviklet samarbeid om diagnostisering av den urolige og ukonsentrerte elev heller enn å undersøke den sosiale konteksten hvor uroen kommer tilsyne, og da gjerne de voksnes rolle i dette samspillet (Tranøy 2007). Han sier at:

*«Enkelte skoler «bestiller» Ritalin ved å bruke reiselærere fra spesialpedagogiske sentre som har til oppgave å observere urolige barn (...) Det er ikke nødvendigvis slik at det er elevene som skaper problemer. Det kan like gjerne være skolens undervisning og rammer som gjør det vanskelig for elevene » (Tranøy 2007).*

Det som Tranøy her snakker om er løsningene som enkelte skoler har på urolig adferd. Slik han omtaler dette kan det tolkes som om skolen sender eleven til medisinen ved hjelp av uttalelser fra PPT og også etter uttalelser fra lærer og eventuelt foreldre slik det også ble beskrevet i manualen (Ullevål universitetssykehus HF, Oslo kommune, m.fl. 2012). Dette skjer da mest sannsynlig etter at en elev med høyt aktivitetsnivå og oppmerksomhetssvikt har blitt kategorisert som annerledes enn normalen eller som et forstyrrende element. Jamfør også det Neumann sa i samtalen vår om at hennes opplevelse var at det ofte var de barna som var veldig urolige og bråkete og som man ikke forsto, som kunne komme til å få en ADHD diagnose. På basis av det stilles en eventuell diagnose og man kan velge å behandle diagnosen med medikamenter. I et videre perspektiv kan man tenke seg at medisiner i disse tilfellene er en god løsning for skolen for å skape ro i klassen og man har dermed et problem

mindre og hankses med i en hektisk skolehverdag. Kanskje føler eleven selv seg også litt bedre hvis han klarer å sitte mer rolig og slipper all kjeft?

Et annet eksempel på løsninger som søkes fra skoler på urolig adferd kommer her. I en artikkel publisert på NRK nyheter vedrørende situasjonen i Nordland angående ADHD problematikken, (Andersen 2009) kommer det fram at psykiater Per Willy Andersen og kolleger ved barne- og ungdomspsykiatrien føler seg enkelte ganger presset til å stille ADHD-diagnoser. Journalist Barbro Andersen snakket med blant annet Psykiater Antonsen som sier at det er særlig gutter i alderen 8 og 11 år som får ADHD- diagnosen og at noen av dem er i gråsonen. Årsaken til et press på å diagnostisere sier Antonsen (i Andersen 2009) er at det er lettere å skaffe seg hjelp i et system som verdsetter diagnoser høyt (ibid).

Utdanningsdirektøren i Nordland sier også i samme artikkelen at hun skjønner foreldre som trygler om en diagnose, fordi det ofte ved hjelp av diagnoser er lettere å få utløst rettigheter i forhold til spesialundervisning (Andersen 2009). Dette viser antagelig til at skolesystemet har sendt bekymringsmelding angående barna til foreldrene og de igjen har kontaktet barne- og ungdomspsykiatrien via sin lege (jf manualen for behandlingslinjen (Ullevål universitetssykehus HF, Oslo kommune, m.fl. 2012)). Barna blir på den måten sendt fra skolen til medisinen for å bli vurdert og klassifisert på om de har ADHD diagnosen eller ikke. Antydning til at «riktig» hjelp blir enklere (som inkluderer rettigheter til spesialundervisning i skolehverdagen, antagelig også underforstått pengetilskudd som kan dekke inn ekstra ressurser) dersom man har en diagnose er rimelig klar i artikkelen. Her kan man trekke konklusjonen at for å få inn midler til ekstrahjelp i en klasse med uro er det fint med en diagnose slik at man får midler til denne ekstrahjelpen.

Professor Thomas Nordahl (i *Dagsavisen* 21.03.2011) sier at det i hovedsak er skolene og ikke elevene som tjener på dagens spesialundervisning.

Fokuset i avisartikkelen Nordahl blir sitert i er at foreldrene presses av skolen til diagnosefastsettelse, og Nordahl som skulle evaluere spesialundervisningen og skole/hjemsamarbeid opplevde at skolene og rektorene presser foreldrene til å få fastsatt en diagnose på barna:

*«Skolene og rektorene presser foreldrene til å få fastsatt en diagnose på barna: - Mange foreldre får vite at uten det er det ingen hjelp å få. De forteller at de føler seg trengt opp i et hjørne av lærere som trykker på for å få ekstra ressurser(..)»*

Men uansett spesialundervisning eller ikke viser funn Nordahl (i *Dagsavisen* 21.03.2011) har gjort at:

*«elever med diagnose og spesialundervisning utviklet seg like dårlig som elever med tilsvarende hjelpebehov uten spesialundervisning»*

Forklaringen er enkel i følge Nordahl idet han sier at hele 40 prosent av undervisningen gis av ufaglærte assistenter uten kompetanse til å korrigere atferd og hjelpe barn med spesielle behov (*Dagsavisen* 21.03.2011:6). Professorens uttalelser er sørgelige og viser oss at det kanskje ikke nødvendigvis er så attraktivt å få en diagnose for å få spesialundervisning? Hva hjelper det hvis man ikke får progresjon uansett? Kanskje det bare føles bedre for skolen at de faktisk «gjør» noe? Eller kanskje barnet blir tatt ut fra klassen i noen timer slik at det blir «roligere den stunden»? Her ser man både at det er en enkel løsning å få istand spesialundervisning ved at det blir stilt en diagnose, altså et økonomisk spørsmål, samt at skolen får bedre samvittighet fordi den «gjør» noe.

At den medisinske diskursen vinner definisjonsmakt og tildeles autoritet til å diagnostisere urolige gutter kan få store konsekvenser for utdanningssystemet (Nielsen og Jørgensen 2010). De sier det slik :

*«Det diagnostiske system stiller en kategori (ADHD) til rådighet for skolelærere, forældre, psykologer, psykiatere, skolebørn osv. til at gøre utrolig adfærd forståelig og meningsfuld(...)» (Nielsen og Jørgensen 2010:183).*

Nielsen og Jørgensen (2010) sier at det er ikke noe tvil om at det eksisterer en antagelig stadig større gruppe av barn og unge, da særlig gutter som ikke klarer å tilpasse seg skolen og andre sosiale sammenhenger. Blant annet fordi de ikke klarer å rette seg etter de krav om selvkontroll og konsentrasjon som slike situasjoner krever. Og de sier at definering av dette problemet som en biologisk bestemt lidelse gjør barnet til en det er synd på. Verken barnet eller foreldrene kan klandres hvis ting har gått skeis i barnets liv, fordi det er biologisk betinget. Ved en slik definering mener de at man kan miste blikket for at utfordringene kan henge sammen med samtidskulturen samt de sosiale institusjonene (som her eksempelvis skolen). Dette betyr:

*«at en stadig større gruppe børn og unge opfattes som 'utilpassede', forstyrrede eller patologiske og udstødes eller udskilles til reservater for individualiseret behandling af problemer, der langt fra kun er rent individuelle» (Nielsen og Jørgensen 2010:203).*

Nilsen og Jørgensen viser dermed at man kan miste det helhetlige perspektiv som følge av og kun se problemet som individuelt og biologisk betinget.

Lege Lunde (2011) viser til Ken Robinson<sup>23</sup> som sier at ADHD kan klassifiseres som en pedagogisk diagnose: ”Vi tvinger våre barn gjennom et utdatert utdanningssystem ved å *dope dem*”. Tolkningen av utsagnet kan være at man som løsning til skolesystemet som tilsynelatende ikke passer alle, og kanskje færre og færre skal vi tro det økende antall diagnostiserte med ADHD, tar i bruk tabletter for å skjule bråkmakerne.

Robinson (i Lunde 2011) sier at det økende omfang av ADHD er en fiktiv epidemi. Han peker på at det standardiserte utdanningssystemet behandler barn som om de var produkter, og dermed vil mange falle utenfor. Han sier også at dagens utdanningsmodell er uegnet til å utvikle mange barns iboende talent og at vi mister store resurser av den grunn. Robinson understreker imidlertid at symptomene finnes og at ADHD er en tilstand mange strever med, men at det må mer grunnleggende samfunnsendringer til for å møte problemene riktig (Robinson i Lunde 2011). Hans utsagn kan tolkes som om at han synes dagens utdanningssystem er utdatert, og at de som prøver å gjøre opprør mot systemet blir klassifisert som syke med ADHD.

Psykologene Nielsen og Jørgensen (2010) peker på at det i de senere år har blitt mer lagt vekt på prestasjonsorienterte akademiske ferdigheter i grunnskolen i forhold til tidligere hvor det også var mer plass til lek og kreative fag. Amerikanske (USA) erfaringer fra liknende endringer tilsier at den endring som har foregått i retning av mer fokus på prestasjonsorienterte akademiske ferdigheter som har foregått i den amerikanske grunnskolen de siste 10-20 årene har medvirket til utviklingen av ADHD diagnosen (Ibid).

Fokuset har vært stort på de akademiske prestasjonene med opprustning i lesing og skriving i Danmark samt økt individualisering og økt konkurranse. Også Pisa undersøkelsene har vært med å bidra til økt trykk på kunnskap i basisfagene i Danmark fordi elevene skal testes gjennom nasjonale tester ifølge Nielsen og Jørgensen. Konsekvensen av et slikt økt fokus på akademiske prestasjoner blir at barn i den vestlige verden debutterer tidligere på skolen, har lengre dager og mengden stoff i basisfag som norsk, matte og naturfag vokser (ibid).

Også Neumann sa i samtalen vår at hun synes skolen hadde gått tilbake på veldig mange områder og at det ble mer og mer fokusert på det individuelle.

---

<sup>23</sup> Sir Ken Robinson, PhD is an internationally leader in the development of education, creativity and innovation. Kilde: <http://sirkenrobinson.com/skr/>



I tillegg blir det flere og flere i klassene, og det kan kanskje også ha sammenheng med oppkomst av ADHD (Nielsen og Jørgensen 2010)? Individet står i sentrum og læring skal tilpasses den enkelte elev, noe som ikke alltid er lett i store klasser med få lærer ressurser. Og den enkelte eleven får også større ansvar for egen læring. Forholdene som psykologene refererer til i sin artikkel er fra Danmark, men det kan også relateres til norske forhold i og med at vi har hatt tilsvarende utvikling i den norske skolen. Etter kunnskapsløftet kom i 2006 er det nettopp disse kravene om økte basisferdigheter i norsk, matematikk og naturfag og det vil dermed si at fokuset er mer over på de «stillesittende» fagene og dermed får man mindre tid til mer kreative fag og bevegelse i skolehverdagen. Ungene begynner tidligere på skolen og skoledagen har blitt utvidet. Og ansvar for egen læring står sterkt.

#### Oppsummeringsvis:

Dette avsnittet har på mange måter vist at det er vanlig i skolekretser å videresende barnet fra skolens ansvar over til medisinen for å kunne finne ut om barnets vansker i skolen kan legges på barnet selv. På den måten kan skolen kanskje fraskrive seg ansvaret for at barnet ikke tilpasser seg skolen? Eller er skolens mål å kunne bistå barnet med ekstraundervisning? Eller kan det å få barnet diagnostisert og medisinerert for ADHD slik at det bedre tilpasser seg klasserommet være en optimal løsning for skolen? Ut i fra den forståelsen kan det synes som om «brillene» til skolen generelt er farget av en biologisk oppfattelse av uro og konsentrasjonsvansker. Mens man ser at den enkelte lærer kan helle mot andre forståelser som at omgivelsene rundt barnet og skolen selv kan være årsaksforklaringer. Burde man kanskje heller se på hva barnets behov var innenfor klasserommet å prøve å få løst det på best mulig måte internt, heller enn å få bekreftet en diagnose? Og ikke minst er det viktig å bygge opp barnets selvverd og trygghet jamfør Neumann slik at de på best måte føler trygghet i felleskapet og kan utvikle seg som individ.

#### 4.3.4 Foreldre/omsorgspersoner hvilke tanker har de om ADHD?

For å få informasjon om hva foreldrene mener har jeg tatt utgangspunkt i Kari Buskenes Ringstad sin oppgave: «Når barns anderledeshet tolkes i en diagnoseverden - foreldrenes stemme i den medisinske diskursen» fra 2011 samt også en doktorgrad skrevet av Psykolog Aina Olsvold som heter «Når «ADHD» kommer inn døren. En psykososial undersøkelse av barns, mødres og fedres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og –medisinering», 2012. Og jeg har også kort tatt med funn fra en studie som heter: «Descriptions of self: An exploratory study of adolescents with «ADHD»». Studien er av Marilyn Krueger (psychoterapist in private practice, Portland) og Judy Kendall (Associate professor, school of nursing, Oregon Health Sciences University, Portland, OR ). Grunnlaget for sistnevnte studie var en gruppe på 11 ungdommer, 8 gutter og 3 jenter. Hvilke glass har «brillene» til foreldrene til de barna som har diagnosen ADHD? Er de farget av at foreldrene har et ansvar også i kraft av sin foreldreposisjon?

Ringstad jobber som helsesøster i skolehelsetjenesten og har dermed kontakt direkte med de barn det gjelder og noen ganger deres foreldre. Informantene rekrutterte hun via egen praksis, og de ble valgt ut etter kriterier som at hun hadde god kommunikasjon med foreldrene, og også mulighet de hadde til å snakke om sin situasjon ble vektlagt. Viktig kriterie var selvsagt at foreldrene hun intervjuet hadde et barn med medisinsk diagnose eller spesielle behov (Ringstad 2011). Totalt intervjuet Ringstad fem stykker, deriblant var det tre som hadde barn med ADHD-diagnose. Mitt kriterie for å bruke uttalelser fra hennes oppgave var at de foreldrene som uttalte seg hadde et barn med ADHD diagnose.

Aina Olsvold (2012:50) sine hovedkriterier for å inkludere barn og deres foreldre i sin studie var at barna skulle være diagnostisert med ADHD samt at de skulle være medisinerert. Hun ønsket også barn i variert alder, med varierte plager og ulik bakgrunn. Alle hennes kriterier slo til med unntak av ulik etnisitet. På grunn av tilfeldigheter ble utvalget hennes 19 etnisk norske barn. 75 % i Utvalget til Olsvold viste seg å streve både faglig og sosialt på skolen (ibid), (selv om hennes prosent tall er tatt ut fra et relativt lite grunnlag kan det gi en pekepinn på vansker i skolesammenheng bland de med ADHD-diagnose). Denne prosentandelen samsvarer også med forskning fra Sverige der ADHD betegnelsen viser tilbake på de barna som ikke lever opp til skolens krav og forventninger (Olsvold 2012). Alle barna i Olsviks studie er

rekruttert fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, fra ulike områder og til sammen fra fire forskjellige poliklinikker.

Hvilke tanker har så foreldrene?

En mammas uttalelser om hvorfor de søkte hjelp for sin datter

*”Fra hun var to år, tenker jeg, så har vi liksom, det har liksom skurra litt (.....)Hun var ganske krevende. Hun var sånn som fant på alt mulig rart uten at... eh.... Ja, selv om hun visste ting var galt, så gjorde hun ting... ja, ødela ganske mye og fikla sund ting. Og det var jo det som vi reagerte først på. Og når hun begynte i barnehagen, så var det at hun trakk seg litt unna andre unger og at hun hadde mest kontakt med voksne.”(Ringstad 2011:41)*

Et sitat fra en pappa. Han har en sønn med ADHD, og han sier følgende om hva som gjorde at de tok kontakt for å få hjelp :

*”Han har grudd seg mye til å gå på skolen. Og at han da har slitt med å sovne og ro... ja, eller å roe seg om kvelden. At han ofte ble ganske sånn urolig og stressa og irritert på kvelden når det var skole dagen etter. Så det var vel veldig mye den gruinga og som gjorde at jeg liksom reagerte og tenkte det her, det ... slik går det ikke an å ha det. Og den mangel.... Altså, det at han ikke klarte å falle til ro og sovne om kvelden.”*  
(Ringstad 2011:41)

Som også Ringstad (2011) kommenterer om de to utsagnene kontakter begge hjelpeapparatet fordi de synes deres barn har en adferd som de anser som avvikende og/eller at barnet deres ikke hadde det godt, og de søker hjelp for å få svar på ”hva er galt?”.

Barna ansees for å ha mønster utenfor normaliteten etter foreldrenes begreper, og de søker dermed hjelp hos helsevesenet. Foreldrene føler da tydeligvis at de ikke makter å gjøre noe selv med barnets situasjon, og de søker eksperthjelp. En slik tankegang kan også knyttes opp mot Christie og hans begreper om primær og sekundær kontroll, selv om disse begrepene først og fremst for Christie handler om det å se hverandre i hverdagen og korrigere for adferd som skli over i kriminalitet (primærkontroll), eller at man bruker mer og mer av politi og fengsel som er sekundærkontroll. Enkelt sagt kan man si at de primære relasjonene, i dette tilfellet foreldrene, søker svar på sine barns problemer hos de sekundære relasjonene som er spesialist-relasjoner (Christie 1982). Jeg tenker at de sekundære relasjonene kun vil få et lite utvalg av informasjon fra foreldrene og at det kan være lite i forhold til det å kunne avgjøre ” hva er problemet her” ? Og uten at foreldrene tenker over det, kan man også si at ved å søke «medisinsk eksperthjelp» blir menneskelige plager og funksjonsvansker på en måte innlemmet i den medisinske diskursen, og de menneskelige variasjonene kan risikere å bli medikalisert hvis utfallet blir en diagnose (Ekeland 2011).

Samme mamman som det blir referert til ovenfor sier følgende etter at hun har kommet inn i det profesjonelle hjelpeapparat med datteren sin:

*”Jeg har sagt det til andre og at det... eh... av en eller annen grunn så var det veldig lettende for meg å komme på BUP[barne- og ungdomspsykiatrien] og dem kunne si at jeg tror datteren din har i alle fall ADHD, liksom. Fordi at jeg har følt jeg har leita og leita, og til slutt så har jeg tenkt at... De folkene her må jo til slutt tro at det er meg, ikke sant? Fordi at dem finner jo ingenting, så da må det prøves noe annet og det er jo bra, så.... Ja, ja. Har jeg følt at det har... det er noe da som ikke har vært som det skulle” (Ringstad 2011:43-44).*

Dette sitatet kan tolkes som om moren er veldig lettet over å ha fått en diagnose på sin datter fordi hun selv følte seg klandret av omverdenen, men nå er dette ansvaret løftet bort med diagnosen. Mammaen trenger ikke lenger søke i egne omgivelser (gå i seg selv) for å finne årsaker til datterens utfordringer. Nielsen og Jørgensen (2010) sier at hvis man skal forstå noe av dynamikken i patologiseringen av hverdagslivet kan man si at ønsket om å få en diagnose for lidelsen sin er en metode til å gjøre tilværelsens forvirrede lidelsesfulle og kompliserte hendelser forståelige.

En mor i Olsvold sin avhandling føler også lettelse, og kan relateres til Nielsen og Jørgensen sin tese om patologisering av hverdagslivet og at det å få en diagnose kan gjøre tilværelsen mer forståelig:

*«Utrolig lettet, endelig...! [...]. Jeg ble lettet for [Emil] sin del, eller kanskje mest for min del, å ha noe å si når han har disse utbruddene. Endelig kunne jeg si at han har en diagnose. Det handler ikke om meg, han har en diagnose nå. Nå han blir sliten blir han aggressiv, det handler ikke om meg. Kan si han har ADHD, ikke unnskylde atferden, men at det ikke handler om oppdragelse» (Olsvold 2012:85).*

Dette utsagnet viser at mor kjente lettelse fordi hun føler at hun med en bekreftet diagnose på sønnen kan bli fratatt skyld både i sine egne øyne og ikke minst at andre fritar henne for skyld (ibid). Akkurat denne moren følte en ekstra lettelse fordi hun kanskje ikke alltid har følt at hun strakk til i hverdagen fordi hun selv også har en psykiatrisk diagnose. Dermed kan man tenke seg at det er ekstra godt for henne å få en diagnose slik at skyldfølelsen hennes kan bli mindre.

En annen mor er mer kritisk til en diagnosen og vil ikke at hennes sønn skal bli «satt i den boksen» og sier følgende til Ringstad:

*”Enten har du ADHD eller så har du Asperger syndrom, ikke sant? Eller så har du et annet syndrom som dem... Jeg føler mange ganger at dem setter på slike stempel på unger fordi de ikke passer inn i denne her firkantboksen” (Ringstad 2011:45)*

Denne mammaen er kritisk til diagnoser og viser tydelig at hun ikke er glad for at man ikke kan være annerledes, men skal presses inn i ”firkantboksen”. Morens utsagt kan tyde på at hun synes normalitetsbegrepet er snevert. Hennes utsagn støttes også av Neumann som sa i samtalen vår at hennes inntrykk var at de barna som fikk diagnosen var nettopp de som skilte seg ut fra aldersgruppen sin og som man ikke forsto ordentlig.

Moren uttaler seg også om det jeg vil kalle makt i diagnosesammenheng, fordi hun føler selv at de kan hankses med utfordringene gutten hennes har siden han er nummer to i søskenflokket, og sier følgende om seg selv:

*”Som forelder så er du veldig sårbar på disse tingene der. Vi kjenner jo ungene våre, så vi på en måte vet hva det er som river. Altså hvis dem er urolige og alt dette her, så, så er det mange andre ting. Og da tror jeg at hvis du er fersk, hvis det er nummer en og du ikke har noe sånn særlig kjennskap til unger fra før, så har du et veldig problem, for det river altså. Vet du hva? Det tok lang tid før vi virkelig kunne snakke om dette her med at vi hadde fått disse forespørselene om det å utrede Kristian for ADHD fordi at han var sånn og sånn og sånn og sånn”.(Ringstad 2011:60)*

Her virker det som om hun prøver å forstå barnet sin urolighet i en større kontekst, at det er mange andre ting som river som hun sier, enn det som de kaller ADHD og vil ha sønnen hennes utredet for. Og hun er bevisst at det er hun som forelder som kan finne ut av hva sønnen hennes plages med, mens hun lett ser at hun som førstegangsforelder kunne ha tatt i mot den «hjelpen» skolen har tilbudt henne angående utredning av sin sønn.

I perspektivene ser man to ulike tilnærminger. En blir lettet over å høre at det fantes et navn på det datteren hennes strevde med, en annen ville slett ikke at hennes sønn skulle få det stemplet.

Olsvold fant også ut at fedrene hadde en litt annen oppfatning av ADHD diagnosen enn mødrene, generelt var de mer kritiske til diagnosen og også medisinerings, en far sa det slik:

*« Det er utrolig betenkelig at man må få en diagnose for å få hjelp, fordi man ikke klarer å sitte stille i en time. Blir dopet ned for at du ikke skal forstyrre de andre»*  
(Olsvold 2012:201)

Denne faren er bekymret og retter kritikk mot skolen fordi slik han ser det er det de som har drevet fram diagnostiseringen og medisineringsen. Om fedres rolle rundt diagnosen ADHD og

medisinering sier Olsvold (2012) at hun generelt hadde denne oppfatningen av dette i intervjusituasjonen:

*«Når jeg intervjuet fedrene slo det meg at de stod mer på utsiden av diagnostiseringen og medisinerings av barnet enn mødre. Selv om fars involvering varierte noe mellom fedrene, var tendensen klar; fedrene inntok en mer distansert rolle eller posisjon i forhold til diagnose og medisinering. De var ikke investert i diagnosen på samme måte som mødre. De brukte sjelden ordet lettelse når de snakket om at barnet hadde fått diagnosen. Det står i kontrast til mødre, der så å si alle sa at de var lettet da barnet fikk diagnosen. Fedrene syntes å betrakte ADHD mer på avstand og i fortellingene tok de oftere et metaperspektiv» (Olsvold 2012:207)*

#### **4.3.5 Klasse og betydning for forståelse**

Når det gjelder familieskap og klasse har Olsvold valgt en pragmatisk tilnærming hvor skillet er basert på foreldrenes utdanningsnivå og yrkesbakgrunn (Olsvold 2012:51-52). Hva slags familie mor og far er oppvokst i får ikke betydning for klasseplassering<sup>24</sup>. Utvalget til Olsvold delte seg nesten på midten og elleve av barna ble plassert i middelklassen mens åtte av barna ble plassert i arbeiderklassen. Har klasse noen betydning for hvordan brilleglassene til foreldrene er innfarget? Altså hvordan de ser på diagnosen til barnet sitt?

Det er en tendens til at fedrene som er fra arbeiderklassen ser på ADHD som mors prosjekt, mens de fedrene som var fra middelklassen oftere snakker om ADHD som skolens prosjekt, eller som uttrykk for skolens utilstrekkelighet. En far sa følgende, del av sitat er allerede nevnt litt før i oppgaven:

*«....det er utrolig betenkelig at man må få en diagnose for å få hjelp...fordi man ikke klarer å sitte stille i en time. Blir dopet ned for at du ikke skal forstyrre de andre. ...Og så for at han da skal få hjelp så må de klassifisere han som hjerneskadet da, en eller annen funksjon av det. Ertetiden vil lure på: Hvorfor satte dere et sånt navn på det?*

*Når det er skolesystemet som egentlig har skylden, eller det er jo politikk når alt kommer til alt, [...], det er ingen i systemet som stoler på noen. Det offentlige stoler ikke på lærerne, de stoler ikke på de som tar beslutninger og derfor må han ha en form for sykdom for at han skal få hjelp. [...]. Det burde jo holde at han ikke klarer å følge med i timen. Jeg mener han må jo kunne få hjelp til det liksom. Så blir han i stedet dopet ned for at han skal klare å sitte stille» (Olsvold 2012:211).*

Her ser man at far stiller både spørsmålsteget ved skolen og at sønnen må bli klassifisert som hjerneskadet fordi han ikke kunne sitte stille i klassen og i forlengelsen av det å ha fått en

---

<sup>24</sup> «Kort sagt, er de jeg kaller middelklasse mødre og -fedre kvinner og menn med utdanning fra høyskole og universitet, og som har et yrke som krever høyere utdanning, mens de jeg omtaler som arbeiderklasse mødre- og fedre ikke har utdanning utover videregående skole, og har typiske "arbeiderklassejobber" (Olsvold 2012:52)

diagnose blir han i tillegg dopet ned. Ekeland (2006) lurer også på hva det er med livskravene og oppvekstvilkårene i den vestlige verden som gjør denne biologiske varianten synlig som problem? I utgangspunktet argumenterer han for at ADHD er en sosial diagnose fordi

*« Korkje «konsentrasjon», «hyperaktivitet» eller «impulsivitet» er fakta om verda lausreve frå en sosial sammanheng – ein er alltid konsentrert om noko, aktiv i noko eller impulsiv i høve til noko eller nokon»(Ekeland 2006)*

Og som han sier er dette sosiale data, og man kan da tenke seg at de tre faktorene han nevner i sitatet ovenfor lett kan knyttes til skolehverdagen. Dette vil da støtte opp under farens skepsis til at sønnen har «hjerneskode», det kan knyttes til rammene, den sosiale hverdagen som settes omkring sønnen i hans skolehverdag.

Ekeland (2006) sier videre :

*«At ein sosial diagnose som ADHD kan knytast til gener gjer den difor ikkje til eit medisinsk problem eller peikar eintydig mot medisinske intervensjonar. I mange andre samanhengar vil vi tvert om vere opptekne av å korrigere dei aktuelle miljøfaktorane»*

En far fra middelklassen hadde ifølge Olsvold «særdeles sofistikerte refleksjoner rundt diagnosens validitet»:

*«Hvis du reagerer på medisin ved å bli roligere, så konkluderer man med at man har ADHD. ....Til syvende og sist, så er det de få gode fakta man har rundt ADHD. Og det sier for meg at fagområdet er umodent, og det gjør meg også litt skeptisk. Man ser at når han får denne medisinen, ehm.. så roer han seg ned..... Og hvis han hadde vært mer "normal" da, for å bruke det ordet, så ville han kanskje ha blitt betydelig mer oppstemt, mer impulsiv etc. så jeg føler at diagnosen er i veldig stor grad kan du si, medisinbasert. (...)Fremfor egentlig fagbasert, og at man forstår mekanismene. [Olsvold] Det er interessant, du tenker at det at sønnen din har så god effekt av medisinen, legitimerer diagnosen? [Far]Ikke bare legitimerer diagnosen, men er diagnosen» (Olsvold 2012:213).*

Oppfattelsen av det å få en diagnose på barnet sitt kan også være ulik blant ulike klasser i samfunnet så vi også når det gjaldt fedrene. Mødrene som tilhørte henholdsvis arbeiderklassen og middelklassen av de Olsvold intervjuet hadde også et noe ulikt syn:

*«Fortellingene fra mødre fra arbeiderklassen kunne ikke vært fortalt av mødre fra middelklassen og omvendt. Ved å benytte sosial klasse som analytisk perspektiv blir det lettere å forstå hvorfor noen mødre fra arbeiderklassen synes å oppleve diagnosen som noe som gir status, mens mødre fra middelklassen generelt var mer tilbakeholdende og vår for at diagnosen kunne oppfattes negativt av omgivelsene, selv om de sa at de ikke oppfattet diagnosen som et stigma selv» (Olsvold 2012:91)*

De ulike oppfatningene kunne relateres til flere ting som jeg ikke har mulighet til å gå inn på i sin fulle bredde i denne omgangen.<sup>25</sup> Her er noen momenter:

*«I utvalget som helhet avtegnet det seg et mønster der mødre fra arbeiderklassen og mødre uten høyere utdanning (...) oftere ga uttrykk for at de opplevde at diagnosen var god å ha i møte med omgivelsene. Mens med mødrene fra middelklassen(...) så hadde jeg en klar fornemmelse av at diagnosen ikke var noe de «skiltet» med (Olsvold 2012:89)»*

Videre angående forskjeller mellom arbeiderklassen og middelklassen når det gjaldt diagnosen ADHD og generelt problemene som oppsto rundt barna fant Olsvold (2012:89):

*«I fortellingene til mødrene fra arbeiderklassen er det mange beretninger om å føle seg tråkket på, ikke være bra nok, fin nok osv., i møte med skolen og foreldrene til de andre elevene i klassen»*

I og med at de ofte har blitt nedvurdert gang på gang sier Olsvold (2012), så kan det forklare stolthet i stemmen deres når en formell diagnose endelig har blitt bekreftet. Diagnosen er jo tross alt bestemt av en fagekspert. ADHD er ikke noe de har funnet på selv (ibid).

Hos mødrene fra middelklassen var følelsen av å bli sett ned på og ikke være fin nok så å si fraværende i deres fortellinger. Selv om barnas atferd også kan ha vært en belastning for disse familiene føler de ikke at de ikke er noe verdt. Dialogen med skolen synes også å være annerledes for disse mødrene fordi de antok at de ville bli hørt om de hadde noen uenigheter med opplegget rundt deres barn (Olsvold 2012).

Litt mer om klassetilhørighet og forståelse av diagnosen:

*«Men selv om mødrene på tvers av klasse ikke liker tanken på at sønnen skal assosieres med den stereotypiske oppfatningen av ADHD, et uempatisk, voldelig og utagerende barn, er det likevel mulig å tenke seg at ADHD bryter mer med forventningene i en middelklassefamilie enn i en arbeiderklassefamilie. Trygge og selvstendige barn som er godt likt, er viktig for at middelklasseforeldre skal føle seg som vellykkede foreldre (Gillies, 2005), og kan forklare hvorfor diagnosen i større grad vil kunne oppleves som et statustap i middelklassen. Gutter som ikke har kontroll over egen kropp, som er uselvstendige, sinte og upopulære i kameratflokken reduserer sine muligheter til å leve opp til middelklasseforeldrenes forventninger. Kanskje assosieres diagnosen i middelklassen med gutter fra arbeiderklassen, noe som kan forklare hvorfor "merkelappen" synes å være forbundet med mer ubehag blant mødrene i middelklassen. Det er skammelig å bli assosiert med en identitet som tilhører "de andre"» (Olsvold 2012:92-93).*

---

<sup>25</sup> For ytterligere lesning anbefales doktoravhandlingen til Aina Olsvold: *Når «ADHD» kommer inn døren. En psykososial undersøkelse av barns, mødres og ferdres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og – medisinerings*. 2012.



I Olsvold (2012) sin studie kan det virke som om spesielt mødrene i arbeiderklassen følte seg mer stigmatisert før barnet deres ble diagnostisert med ADHD. De sier blant annet at de føler lettelse når barnet får diagnose for da er det i alle fall ikke dem det er noe galt med, men barnas hjerner (også jamfør Kildea, m.fl. 2011). Idet barnet deres blir stemplet som ADHD-barn som kan føles som et stigma, opplever mødrene at øynene de har følt på seg, kanskje som et slags stigma, fra andre blir vendt bort. Denne prosessen stemmer også med Hauge (2007) som sier at stigmatisering består av to nivåer. Første nivå går ut på at bestemte former for atferd defineres som avvikende, dernest blir visse personer utpekt som avvikere i forhold til definisjonen. Før barnet blir utpekt som «syke» i prosessen kan foreldrene føle seg som skyldige i barnets oppførsel. Mens når barnet blir utpekt som ADHD-barn «forsvinner» foreldrenes ansvar og blikkene blir vendt bort fra dem fordi «feilen» lå jo «inni» barnet. Mødre fra middelklassen flagget ikke diagnosen så høyt sier Olsvold, og som hun sier kan det ha noe med å gjøre at de forventningene man har til barna sine i middelklassen vil være mindre forenelige med en slik diagnose? Kanskje mødrene der heller føler et stigma mot seg ved at barnet får en diagnose som ADHD?

Men hva med barnas stemme i dette? Hvordan føler de det å få diagnosen ADHD ? Er det en lettelse for dem også? Hvilken innfarging har barnas egne brilleglass når de ser seg selv med diagnosen ADHD?

#### **4.3.6 Barnas eget perspektiv på det å ha fått diagnosen ADHD**

Her får vi noen pekepinn på hvordan barn selv opplever sin ADHD-diagnose og hvordan det innvirker på identitetsforståelsen. Materialet til dette kapitlet er hentet fra en doktorgrad og noen andre studier som har intervjuet barn eller ungdommer. I store trekk vil funnene bli presentert for å belyse hvordan barna oppfatter sin diagnose.

Olsvold (2012) har noen innledende betraktninger vedrørende de 19 barna hun intervjuet og dette har jeg valgt å ta med for å vise noe av det hun opplevde i sin intervjusituasjon og hvordan barnet opplevde det å få en ADHD diagnose:

*« Noe av det første som slo meg i intervjuene med barna var at ADHD ikke er deres prosjekt, og måten de snakker om diagnosen på står i sterk kontrast til hvordan mødrene snakker om diagnosen. Ingen av barna ga uttrykk for noen lettelse over å ha fått diagnosen. Tvert imot, synes barna gjennomgående å oppleve diagnosen negativt,*

*i betydningen som en trussel mot identiteten. Hos flere av barna fremstår ADHD som en tvetydig kategori, som bringer frem det ubehagelige; beskriver diagnosen en sykdom eller et avvik? At ADHD utspilles i barnets eget selv, det er det kognitive og emosjonelle området som er rammet, synes å skape grobunn for stigmatiserende prosesser hos det enkelte barn og forsterke opplevelsen av avvikssiden. En diagnose er ikke bare en diagnose i møtet med et subjekt, den blir også en identitetskategori. Å få vite at man har en form for forstyrrelse i hjernen er noe annet enn å få konstatert en fysisk sykdom med sete i kroppen. Hjernen og personligheten er assosiert med hverandre og nettopp derfor kan man tenke seg at det ved ADHD blir vanskeligere å skille mellom hva som er ADHD og hva som er meg (eller barnet), slik analysene viste at det var for noen av mødrene (Olsvold 2012:145)».*

Når barnet får konstatert at de har en ADHD diagnose kan man si at de har blitt utpekt som avvikende fra «normalen», som «syke» og de befinner seg dermed på nivå to i stemplingsprosessen jamfør Hauge (2007). I følge det Olsvold fant ut likte ikke barna å få diagnosen ADHD de så det som noe negativt. Neste steg i en stigmatiseringsprosess er om de som blir diagnostisert går inn i selve rollen som den stigmatiserte (Hauge 2007), opplever de seg som «ADHD» eller er ADHD diagnosen bare en liten del av dem selv?

En studie fra Oregon i USA fra 2001 som undersøkte hvordan 11 ungdommer, i alderen 13 til 19 år, med ADHD- diagnose erfarte, oppfattet og mestret sin ADHD- diagnose har noen funn som viser nettopp hvordan innvirkning ADHD har på utvikling av ungdommene som subjekt eller enklere sagt deres grunnleggende identitet som mennesker (Krueger og Kendall 2001). Forskerne i denne studien fant ut noe de ikke forventet og det var at:

*« (...) these adolescents took on an identity of self that integrated and defended those negative traits, and they did not separate their definition of self from the disorder. They were their ADHD and their ADHD was them. (...) They developed an identity that incorporated many of the stigmatizing beliefs and negative attributes of ADHD into how they perceived their self to be and defended those negative traits as if defending their "core" being. (Krueger og Kendall 2001:65)*

Olsvold (2012) viser til samme studie og sier at forskerne var overrasket:

*«(...) over i hvor stor grad diagnosen var en integrert del av ungdommenes identitetsforståelse. De beskrev seg selv ved å liste opp negative ADHD-kriterier, der jentenes beskrivelser var sentrert rundt en følelse av mindreverd og utilstrekkelighet og guttenes rundt sinne og defekt. Forskerne noterte seg at ungdommene ikke skilte mellom selvet og sin ADHD.» (Olsvold 2012:146)*

Forskerne var overrasket fordi de i tidligere klinisk arbeid med ungdommer som hadde fysiske handikap ikke hadde funnet samme tilbøyelighet. Ungdommene hadde da gitt uttrykk for at de var mennesker som hadde en sykdom og ikke at sykdommen definerte deres

grunnleggende identitet (*Krueger og Kendall 2001:65*). Olsvold påpeker også det når hun henviser til samme studie at ungdommene ikke skilte mellom selvet og sin ADHD. Det er annerledes å få påvist en forstyrrelse i hjernen enn å få påvist en fysisk sykdom (Olsvold 2012).

Olsvold (2012) henviser også til en annen studie i sin avhandling som omfattet 16 ungdommer, studien er fra 1998 i England. I den studien viste det seg at alle ungdommene følte at både diagnosen i seg selv og ADHD-adferden ga en følelse av skam og de følte at de var stigmatisert. Forskerne som het Cooper og Shea mente at ungdommene i deres studie ville vært tjent med en bio-psykososial forståelse av seg selv og ikke den biologiske og reduksjonistiske oppfatningen ungdommene hadde, som synes å være uten mulighet for endring (Ibid).

#### **4.3.7 Tre psyksiske strategier**

Hva fant så Olsvold (2012) ut om de barna hun intervjuet? Først og fremst fant også hun ut at det å få vite at man har en ADHD diagnose virker inn på barnet. Hva barna i hennes studie gjorde med den viten var litt forskjellig alt etter hvilken sosialklasse, familiepraksis, kulturelle verdier med mer de tilhørte . Forskeren avdekket tre psykiske strategier som barna benyttet seg av (1). et avvisende, (2). et identifiserende og (3). et forhandlende mønster. Olsvold sier at klassifikasjonene ikke måtte oppleves som absolutt fordi det finnes variasjoner og barna benytter disse mønstrene i varierende grader og det er komplisert og derfor lar jeg Olsvold forklare det selv:

*«Et barn som i hovedsak benytter seg av et avvisende mønster kan altså noen ganger benytte et identifiserende mønster. Imidlertid var det motsatte mer sjelden, det vil si at de barna som i hovedsak benytter et identifiserende mønster i liten grad forholder seg til diagnosen på en avvisende måte, ei heller på en forhandlende måte. Derimot kunne barna som i stor grad viste et forhandlende mønster noen ganger benytte et avvisende mønster i forhold til diagnosen. I kapittelet vil det fremkomme at det ikke bare er intersubjektive forhold som har betydning for hvilke psykiske strategier som benyttes, men også klasses tilhørighet og kjønn. Barna fra arbeiderklassefamiliene dominerer i gruppen med det identifiserende mønsteret og avvisende mønsteret, mens flere av guttene (ikke alle) fra middelklassefamiliene er typiske representanter for det forhandlende mønsteret. Hos de to jentene derimot, som begge kommer fra middelklassefamilier, dominerer det identifiserende mønsteret. Barnets vansker og problembelastningen i familien var generelt større blant guttene som benyttet et avvisende og et identifiserende mønster, enn for guttene som benyttet et forhandlende mønster» (Olsvold 2012:147-148).*

I det følgende kommer tre ulike sitater som viser eksempler på de tre psykiske strategiene barna brukte:

Eksempel på et avvisende mønster kommer fra en av guttene når forskeren spør hva det var med oppførselen hans som gjorde at han fikk diagnosen:

*«det vet jeg ikke, det husker jeg ikke engang. Spør du meg er alle helt vanlige. Hvis du hadde hatt en arm hadde du fortsatt vært helt vanlig. Du hadde fortsatt bodd på den samme planeten, spist den samme maten. ADHD er bare noen bokstaver. Det er det samme med algebra, bare noen tall og bokstaver. .. jeg ser ikke poenget med det jeg. Hva er vitsen med bokstaver»(Olsvold 2012:150).*

Det avvisende mønsteret kjennetegnes ved at barnet avviser at diagnosen har betydning, men de benekter ikke at de har blitt diagnostisert med ADHD.

De som hadde en identifiserende tilnærming til diagnosen sin utgjorde den største gruppen i utvalget og ble dominert av arbeiderklasse guttene samt de to jentene som var med i studien (ibid). En av guttene synes ikke medisiner hjelper fordi de har bivirkninger og vil kun ha en ny pille hvis den ikke tar bort kreativiteten hans:

*«...så tror jeg at vi med ADHD og sånn er litt bedre til skuespill og sånn, så hvis de begynte å bli litt bedre, så håper jeg atte, ikke de fordelene går bort.... At hvis det kommer en bra tablett som kurerer deg, så håper jeg at jeg fremdeles har noen sånne, de fordelene. Fantasi og at du er bedre til å skrive skuespill og bøker og sånn» (Olsvold 2012:153)*

Det tredje mønsteret som Olsvold avdekket var «forhandleren». De som var i denne gruppen avviser ikke diagnosen totalt, men forhandler om diagnosen. Eksempelvis kan de si det er grader av ADHD, ADHD er en diagnose ikke en sykdom. Middelklasse guttene inntar dette mønsteret og de reflekterer foreldrenes ferdigheter i form av språklig verktøy:

*«Det er en middels og så er det en høy. Det er hvor mye de ADHD-greiene virker. Hvis du har høy, så har du, da kan du bli sånn voldelig og har ikke kontroll over deg og sånn. Middels det er sånn vanlig, men jeg ligger under middels da, så jeg har veldig lite av det på en måte, hvis du skjønner?(Olsvold 2012:157)»*

En av de andre guttene hadde diskutert graden av ADHD med legen sin og reflekterte da følgende tanker om seg selv til intervjueren:

*«Det verste med ADHD var det førsteinntrykket, da jeg gikk i første klasse da hadde jeg så mye av det, og det gjorde at jeg fikk et veldig dårlig, jeg hadde venner og sånn, men jeg hadde et veldig dårlig førsteinntrykk. Det likte jeg ikke. Jeg fikk veldig fort venner og sånn, men allikevel, jeg likte ikke førsteinntrykket mitt. Og jeg har blitt forandret. Det er derfor at det er veldig dumt at jeg hadde det»(Ibid).*

Her fikk vi høre noe om hva barna selv tenker om diagnosen ADHD og hvordan det påvirker dem. Gjennomgående synes det som om barna ikke synes det med diagnosen er greit, og det påvirker alle på en eller annen måte. I motsetning til foreldrene sine reagerer de ikke med lettelse når diagnosen blir et faktum. Mange identifiserer seg med diagnosen sin, mens noen er i en mer forhandlende posisjon ovenfor den. Noen hadde en avvisende holdning til diagnosen sin som blant annet gutten i Olsvold sin studie som ikke husker hvorfor han hadde fått diagnosen. Men for de fleste synes det som om diagnosen i høy grad er med på å forme deres identitet og selv, og mange følte seg stigmatisert. Man kan si at det å få en diagnose som ADHD kan være en objektiviseringsprosess (jamfør også Foucault 1982) som i mange av disse barnas tilfelle fører til at de blir sin diagnose. «*They where their ADHD and their ADHD was them*” (Krueger og Kendall 2001:65).

#### **4.3.8 Barn og medisiner et lite notat**

Det gjennomgående i barnas opplevelse av det å ta medisiner, av de Olsvold (2012) intervjuet, var at medisinerne for de fleste ble forbundet med noe negativt. Olsvold sier følgende om barna og hvordan de tenker om sine medisiner:

*«For flere av barna er medisinen en ubehagelig påminnelse om diagnosen, og en bekreftelse på at de skiller seg ut fra andre på en negativ måte. Kun to av barna har en klar formening om hvorfor de tar medisinen og hva de synes medisinen hjelper dem med. Jeg har argumentert for at barnas uttalelse om at de ikke merker noen forskjell når de har tatt medisin og ikke har tatt medisin, kan forstås som et uttrykk for at barna er lite investert i medisinen og at de opplever at de tar medisiner for foreldrenes og eller lærerens skyld» (Olsvold 2012: 197).*

Hennes funn viser at barna ikke var særlig fornøyd med sin medisin, det minnet dem også om det stigma de følte de hadde fått. Noen fortalte om de positive tingene medisinene gjorde, at de ble mindre sinte og jobbet bedre med leksene, men så trakk de beskrivelsene tilbake. Barna ville helst klare seg selv, være seg selv (ibid). Olsvold opplevde også under intervjuene at barna fortalte om bivirkninger som foreldrene ikke fanget opp. Kanskje ikke bivirkningene blir snakket om så mye fordi man først i de siste årene satt fokus på bivirkninger som sentralstimulerende medikamenter kan gi, og mange foreldre har ikke nok kunnskap om medisinene til å fange opp barnas plager (Olsvold 2012).

### 4.3.9 Samfunnsmessig forståelse av ADHD

I dette avsnittet vil jeg vise til noen eksempler på at samfunnet og kulturen av i dag av noen knyttes til diagnosen ADHD. Hvordan man kan forstå oppkomsten av dette fenomenet sett ut fra hvilken livsstil vi har i dag? Dette kapitlet omhandler menneskesynet og det vil ikke ta for seg andre interesser som kan råde i diagnosedebatten.

Menneskesynet, i dagens type samfunn, innenfor psykiatrien nevnes i artikkelen «Syke, gale nordmenn» som er skrevet av journalist Jon Kåre Time. I artikkelen sin har han hentet inn meninger fra både Per Fugelli som er lege og professor i sosialmedisin, og professor i samfunnspsykologi Tor-Johan Ekeland.

Ekeland (i *Morgenbladet* 27.05.2005) sier følgende om samfunnets rolle og utvikling:

*«(...) I stedet for å ta på alvor at denne kulturelle utviklingen skaper problemer for mange mennesker, velger vi den enkle løsningen: Vi putter baksiden av livsformen vi har utviklet inn i diagnoser og medisinerer de som ikke passer inn. Her spiller psykiatrien en ideologisk rolle som den ikke er oppmerksom på. Ved hjelp av sitt medisinske språk flytter psykiatrien fokus bort fra de politiske valgene som bestemmer hva slags samfunn vi skal ha. Sosiale problem blir i økende grad forstått som emosjonelle problem».*

Litt senere i artikkelen sier Ekeland også følgende om diagnosen ADHD som kan knyttes opp mot det samfunnet vi lever i, i dag:

*«Det er alltid lett å selge kategorier som muliggjør offerfortolkninger. For eksempel ADHD er blitt en enormt attraktiv sykdom, til tross for at denne diagnosen fortsatt er en nokså frynsete sak, mildt sagt (..)- Det er allerede politisk ukorrekt å i det hele tatt stille spørsmål ved ADHD, selv og det ikke er påvist at det er en hjerneorganisk lidelse, slik vi stadig blir fortalt. Gitt det er riktig må vi spørre oss hvor disse barna var for femti år siden. Det får frem et sentralt poeng: Biologisk variasjon blir bare sett på som problematisk i bestemte kulturelle sammenhenger» (Ekeland i *Morgenbladet* 27.05.2005:4)*

Per Fugelli nevner at senmoderniteten kjennetegnes av dyrking av perfeksjon og prestasjon:

*«Du skal være flink som faen! Ellers faller du ned blant taperne, de svake og syke. Denne tankemåten er sosialt og helsemessig livsfarlig, sier sosialmedisineren».[...] Istedenfor at folk skal være stolt av sin anderledeshet og verdsette at man er ulike, så tror flere og flere mennesker at de må ha eksperthjelp for å bli normale» (Fugelli i *Morgenbladet* 27.05.2005:2)*

Psykolog Madsen (2010) funderer også i sin bok på om han kan finne samfunnsforklaringer på den høye økningen av ADHD tilfeller. Og han stiller følgende spørsmål i boken sin:

*”Er de mange tilfellene av ADHD vi har sett i Norge de siste tiårene, simpelthen vrangsidene av det nyliberale idealet om det selvstyrte mennesket?(...) Personer med ADHD har mye energi, men de har vansker med å strukturere og kanalisere denne energien oppbyggelig inn imot et framtidig prosjekt. Kriteriene for å oppfylle ADHD-diagnosen synes å være den rene negasjonen av nyliberalismens politiske krav til borgerne om å styre seg selv. ADHD lidelsen kan derfor betraktes som et kulturelt uttrykk for vrangsidene av den nyliberale styringsstrategien som vektlegger stor grad av indre styring” (Madsen 2010:139-140).*

Lege Charlotte Lunde er også inne på det moderne samfunnet vi lever i, og sier følgende om informasjonssamfunnet vi lever i, og som betyr at vi tidlig må lære å selektere informasjon:

*”kan det rett og slett være at våre multitaskende hektiske liv – fulle av digitale distraksjoner, åpne kontorlandskap/klasserom der konsentrasjonen stadig settes på prøve, forandrer hjernen vår? Det er blitt hevdet at dagens mennesker mottar mer informasjon i løpet av en dag enn et menneske i middelalderen gjorde i løpet av et helt liv. Professor i nevrovitenskap ved UCLA, Gary Small, introduserer i boken iBrain diagnosen ”digital ADHD” og peker på at oppmerksomhetssvikten er en kulturbetinget tilstand, forårsaket av teknologi og informasjonssamfunnet. Mange barn er mer sårbare og påvirkelige i forholdt til inntrykk de stadig utsettes for. Det er ikke utenkelig at det i seg selv kan disponere for en mer impulsstyrt oppførsel hos noen”(Lunde 2011:8)*

Her vises det til noen ulike måter som vi lever under i dag og som påvirker oss som mennesker, et av eksemplene viser til at vi må være så inderlig på topp i alt vi presterer og at er vi annerledes tror vi at vi må ty til eksperter for å bli bedre. En annen side ved samfunnet i dag er at vi hele tiden inntar utrolige mengder med informasjon og det medfører at mange rett og lett på grunn av dette får oppmerksomhetssvikt.

## **4.4 Oppsummering og diskusjon rundt forståelsene av ADHD**

Jeg har lyst til å starte denne diskusjonen med et utsagn fra Kjersti Ericsson som ble gjengitt i (Ericsson 2007: 41-42):

*«Et fenomen tar seg ulikt ut fra ulike perspektiver (...) Hvem sine øyne ser vi fenomenet og de menneskene vi vil studere med?» (...)» Beskrivelser av atferd har ofte innebygd et «institusjonelt øye». Det vil si at atferden defineres i forhold til de*

*standardene en eller annen samfunnsinstitusjon setter. I beskrivelsene av «hyperaktive» barn er det først og fremst skolen som er det institusjonelle øye. Tilstanden diagnostiseres ved skolestart, ved at ungene er vanskelige å ha med å gjøre. Det dreier seg altså om et møte mellom barnet og skolen, et møte som ikke går så bra. Men barnet er den svakeste parten, og dermed så blir problemet puttet inn i barnet. Barnet blir «vanskelig å takle» istedenfor at skolen blir definert ut fra barnets opplevelse av den. Barnet blir symptomfører.(...) Det som er farlig, er ren bevisstløs akseptering av det institusjonelle øyes beskrivelse av den som ikke blir friksjonsfritt inn, som symptomfører. En slik bevisstløs akseptering innebærer for det første at den rådende samfunnsordninga tas for gitt, som noe forskeren ikke skal sette spørsmålsteget ved. Det innebærer videre at en bestemt type handlinger blir naturlige konsekvenser av den kunnskapen som blir samlet – nemlig handlinger der representanter for institusjonene er aktører og de som ikke passer inn er objekter, dem det blir gjort noe med. Og målet med handlingene blir å tilpasse de sistnevnte de førstnevntes krav. (...)Men det finnes naturligvis andre muligheter, andre valg. Det går an å tenke seg at det er institusjonene som skal forandres, og at de som ikke passer inn, er aktørene, de som handler. Men dette krever en annen type kunnskap, en annen forskningsprosess, et annet «øye»”.*

Nettopp de punktene Ericsson er opptatt av synes jeg speiler de forståelsene som har blitt presentert her. Nettopp øyet som ser er avgjørende for hvordan defineringen blir. Og som Hauge (2007) sier så vet vi lite om hvordan selve utvelgelsen av de som utviser avvikende adferd skjer. Han sier det er mange flere som utviser avvikende oppførsel enn de som blir utvalgt. Og ikke minst er det de rådende oppfatninger om eksempelvis oppførsel som skal danne bakgrunnen for om noen skal falle utenfor normalbetegnelsen. Og spesielt skolen har en viktig rolle i det med å fange opp «unormal» adferd, og i en slik prosess blir kanskje utfallet ulikt fordi enhver lærer har sin unike og ulike oppfattelse og tilnærming til urolig adferd.

#### **4.4.1 Epigenetikk**

Hva er så Epigenetikk?

*«Kroppen viser seg å ha et system som kan endre genuttrykk på lang sikt. Systemet kan ses som en slags genhukommelse som kan huske noe som skjedde i miljøet for lenge siden og tilpasse bruken av genene deretter. Systemet heter epigenomet» (Vogt 2011:12).*

Lege Eli Berg har også viet plass til epigenetikk i sin bok «Sammenhenger. Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis». Og hun viser til at man endelig trodde at man hadde funnet det arvemessige korrelatet til de store folkesykdommene når man kartla det menneskelige



genom<sup>26</sup> i 2001. Og man trodde dermed at man kunne skreddersy behandlingen til hver enkelt. Men slik ble det ikke for som hun sier:

*«Jo mer kunnskap vi får innenfor et felt, jo mer skjønner vi hvor lite vi faktisk forstår. For genene våre er slett ikke stabile.(...)Områder i genene slås av og på, alt etter ytre påvirkning, dvs. alt etter hvordan individet har det eller har hatt det i livet sitt. Det kommer med andre ord inn et element av selvforståelse, meningsaspektet, altså fortolkningen av egen situasjon som påvirker genenes uttrykk, deres ekspresjon. Fenomenet samles i begrepet epigenetikk og er etter hvert blitt et stort forskningsfelt i faget medisin» (Berg 2010:162-163).*

Generasjonsovergrepene blir også pekt på i epigenetisk forståelse. Et eksempel på dette kom fram i en studie fra Nederland hvor de undersøkte nedsatt fødselsvekt hos barn av nederlandske mødre som selv ble født under sultkatastrofen i 2. verdenskrig. Bestemødrenes ernæringsmangel påvirket størrelsen på barnebarna<sup>27</sup>.

Videre siterer også lege Henrik Vogt fra Nature følgende vedrørende arv og miljø i sin artikkel:

*«Selv om offentligheten og medier ofte ikke virker klar over det, er den gamle «født sånn eller blitt sånn»- og «arv eller miljø» - debatten for lengst vitenskapelig irrelevant. Isteden ligger frontlinjen i å forstå hvordan miljøforandringer – enten det er menneskelige erfaringer, mikrober eller medisiner – samspiller med genene og slik påvirker hjernens utvikling gjennom hele livet « (Vogt 2011:15)*

Lege Charlotte Lunde har en oppfattelse av at man som behandler bør ha begge perspektivene med seg både den naturvitenskapelige og den humanvitenskapelige forståelsen. Spesielt siden epigenetikk<sup>28</sup> handler om hvordan vårt genuttrykk kan forandres avhengig av miljø og omgivelser. Det spennende er at menneskers genetiske uttrykk kan preges og endres av miljøet man lever i. Ikke bare av maten vi spiser eller kjemiske belastninger, men også av opplevelser og belastninger vi har av psykisk art (Lunde 2011, Vogt 2011). Det vi har med oss av erfaringer og opplevelser kan med andre ord gjøre oss syke både i kropp og sinn (Ibid).

Det positive her er faktisk at man kan endre det genetiske avtrykket blant annet ved hjelp av riktig terapi og på den måten bli kvitt sine symptomer (Eide-Midsand 2010).

---

<sup>26</sup> Genom er betegnelsen for en arts fullstendige arvemateriale - den totale genetiske informasjon. Begrepet kan ha både en konkret og en abstrakt mening. I konkret betydning kan vi f.eks. si at all **DNA** fra et dyr eller f.eks. en celle fra et dyr, kan sees på som artens genom. Men mest vanlig er det at begrepet **genom** knyttes til artens felles genetiske materiale - omtrent som vi sier at alle norske har felles historie. Kilde: <http://gensidene.uib.no/genom.html>

<sup>27</sup> Sannsynlig årsak var at et vekststimulerende gen ble hemmet via en mekanisme i eggcellene hos mødrene – i deres eget fosterliv. Dette viser også at vi har et helt eget privat genuttrykk som endres med enkeltmenneskets situasjon (Berg 2010)

Hvis man som kliniker ser gjennom briller som har epigenetisk innfarging vil man se menneske som foranderlig og man vil ikke være determinert av sine symptomer. Når det gjelder epigenetikk vil det også kunne relateres til det Haugrønningen (2012b) kaller familiekonstellasjoner fordi det kan gå ut på flergenerasjonell traumeterapi. Man så i forbindelse med at bestemoren var vokst opp i sultkatastrofe i Nederland hadde genene «tilpasset» seg dette ved å føre undervekten videre til barnebarnet (Berg 2010). På samme måte kan man tenke seg andre type traumer som kan gi seg utslag i ADHD-symptomer<sup>29</sup>?

## Refleksjoner

Mange forståelser gjør seg gjeldene i dette kapittel 4. Og de ulike forståelsene tenker jeg speiler hvor komplekst og mangesidig det som kalles ADHD tydeligvis er. De ulike meningene kan stort sett deles i to hovedbolker. Psykolog og forsker Aina Olsvold (2012) sier at ADHD er et kontroversielt felt, og beskriver de strømningene som foregår på feltet slik:

*"ADHD er et polarisert felt, preget av forskerholdninger med sterke ideologiske føringer. Kampen går mellom de som hevder at ADHD er en hjerneorganisatorisk lidelse som er medfødt (den biomedisinske diskursen), og de som hevder at ADHD er sosialt konstruert og at uro og manglende konsentrasjon hos barn skyldes sosiale, samfunnsmessige og kulturelle forhold (den sosialkonstruktivistiske diskursen). Førstnevnte diskurs, den biomedisinske, dominerer og kan sies å utgjøre "mainstreamforståelsen" på ADHD, mens den sosialkonstruktivistiske diskursen er den marginaliserte "andre diskursen" (Olsvold 2012:6-7).*

Den biologiske forståelsen av ADHD går inn under den biomedisinske diskursen, og i denne diskursen havner mange leger, psykiatere, men også noen psykologer og kanskje skolen generelt siden man sender barna fra skolen til medisinen for å få utredning? Når det gjelder den sosialkonstruktivistiske diskursen/ (humanvitenskapelige forståelsesrammen) som også Olsvold nevner, havner mange psykologer og andre fra samfunnsvitenskapelige fag og /eller humanistiske fagkretser her. Det har også tidligere blitt nevnt av blant annet (Lunde 2011) at grunnen til at leger er såpass fokusert rundt det biomedisinske muligens er på grunn av legeutdannelsen. (samt at også mye forskningsmidler gis til biomedisinsk forskning). Siden de som er ledende på sitt felt nemlig det medisinske, og innehar kunnskap og rett til å sette

---

<sup>29</sup> Haugrønningen nevnte under samtalen vår at det var funnet en oppblomstring av ADHD-diagnosen i Tyskland, og hvor en teori går ut på at man kan relatere dette til traumer etter 2. Verdens krig. Altså tilpasning av gener som overføres til barnebarna av de som opplevde krigen ...

diagnoser er leger og psykiatere vil trolig feltet være styrt av et biomedisinsk paradigme. Det blir påpekt at den biomedisinske diskursen er den rådende dominerende diskursen (Olsvold 2012). Det viser også veilederen fra tidligere Sosial- og helsedirektoratet der de uttaler seg i biomedisinske termer om hva ADHD-diagnosen er (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

I en defineringsprosess er det også alltid makt og kunnskap involvert. Foucault sa at:

*« power and knowledge were always inevitably and inextricably interconnected so that any extension of power involved an increase in knowledge and every elaboration of knowledge involved an increase in power »* (i Turner 1997)

Og Foucault så også hele utviklingen av psykologi og psykiatri som utforming av kunnskap relatert til en utvidelse av makt over innbyggere med lavere rang i byer i Europa (ibid).

Spesielt kan makten bli veldig skjevfordelt når det er snakk om barn som skal få en diagnose. For det første er barna mindreårige og de som er involvert i diagnostiseringen av barnet er alt fra foreldre til lærere til leger og/eller psykiatere og den motmakt et barn kan vise er ganske liten vil jeg anta i møte med et sånt arsenal av voksne «kompetente» mennesker. Forskerne som har intervjuet barn og unge med ADHD-diagnose fant ut at en stor andel av disse rett og slett identifiserte seg helt med sin diagnose (*Krueger og Kendall 2001:65*). I min tolkning vil jeg da si at det er skadelig å få et barn til å tro at de ha en tilstand som er irreversibel noe man kanskje kan få inntrykk av at mange barn tror, og som man kanskje kan si er skapt av barnets omgivelser? Spesielt nå som man vet i følge epigenetikken at gener slår seg på og av alt etter hvordan vi har det i livet (jamfør også Berg 2010, Lunde 2011, Vogt 2011).

I alle disse fortolkningene av ADHD er det en hovedting man kan spørre seg om. Hvordan opplever mennesket det, altså er det fortsatt subjektet i sitt eget liv eller blir det mer eller mindre ett objekt? Når man ser på hva barna selv sier om det å ha fått en diagnose er det vesens forskjell mellom hva foreldrene opplever og hva barna selv forteller. Foreldrene opplever i mange tilfeller lettelse når barnet får en ADHD-diagnose, spesielt mødrene fra arbeiderklassen (Olsvold 2012). Mens mange av de barna som Olsvold intervjuet identifiserte seg med sin diagnose og det påvirket deres identitet i stor grad i følge forskeren.

Olsvold har også påpekt at det å få «påvist» et avvik i hjernen på mange måter kanskje er vanskeligere å identifisere seg bort fra, enn hvis man for eksempel knekker en arm? (Olsvold 2012).

Dette overrasket også Krueger og Kendall (2001) at barna identifiserte seg med sin diagnose fordi de i tidligere klinisk praksis hadde andre erfaringer om hvordan ungdommer opplevde sin sykdom:

*« This finding was surprising to us because of previous clinical work with adolescents with physical disabilities and illnesses who often told us they were people who had illnesses, but that their illnesses did not define their fundamental self. »*

I neste kapittel vil jeg si noe om hvordan en diagnostisering foregår og de administrative rammene rundt.

## 5 Diagnostisering og administrative rammer

Veilederen samt de to diagnosemanualene som det skal beskrives noe om her, vil være med på å farge brilleglassene til de som skal diagnostisere barn som har en urolig og ukonsentrert væremåte. Disse manualene vil dermed ha stor innvirkning på hvordan utfallet blir i en diagnostiseringssituasjon. På mange måter kan man si at diagnosemanualen danner grunnlaget for fargen på brilleglasset, føringene som legene og psykiaterne har. Samt at også legens farge på «brilleglasset» før han leste i manualen kan ha en del å si for hans fortolkning.

I «Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD» (Sosial- og helsedirektoratet 2007:9) sier følgende om når en utredning og diagnostisering bør settes i gang og hvem som gjør dette:

*«Ved konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet som skaper funksjonsvansker i hverdagen, bør det settes i gang diagnostisk utredning. Hos barn og unge merkes ofte problemene av foreldre og ansatte i barnehage eller skole. Fagpersoner innen helsetjenesten, sosialtjenesten og skoleverket vil også kunne få mistanke om AD/HD gjennom sine observasjoner.(...)»*

*I de fleste tilfeller vil utredningen ha sitt utgangspunkt i en vurdering gjort av fastlege, annen behandlende lege eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Det skal alltid foretas en medisinskfaglig vurdering. Når det gjelder barn og unge, vil det som oftest være ønskelig med både psykologiske og pedagogiske undersøkelser i forbindelse med skoleferdigheter. En nevropsykologisk undersøkelse kan i mange tilfeller være et godt supplement for å vurdere graden av kognitiv funksjonsvikt både for barn og voksne, spesielt når det gjelder oppmerksomhet, eksekutive funksjoner og hukommelse.»*

I veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet beskrives det at når man skal gi diagnosen ADHD er det ingen enkelt test, verken blodprøver, røntgen eller nevropsykologiske undersøkelser som kan gi diagnosen. Selve fastsettelsen av diagnosen står det videre vil vanligvis baseres på følgende punkter i en samlet klinisk vurdering: Klinisk diagnostisk intervju der AD/HD og eventuelle andre aktuelle diagnoser kartlegges. Medisinsk undersøkelse. Spørreskjema utfyllt av pasient, foreldre og andre, eksempelvis nevnes lærer hvis pasient er i skolealder. Disse skjemaene kan være til god hjelp for innhenting og vurdering av opplysninger sier veilederen. Så kan det blir gjort psykologisk/nevropsykologisk og/eller pedagogisk testing og utredning ved behov. Og tilslutt nevnes at eventuelle andre indiserte undersøkelser kan bruke ved behov for å kartlegge differensialdiagnostiske tilstander (tilstander med lignende symptomer som det barnet som blir utredet for ADHD har). Etter utredning slik som vist ovenfor sier så veilederen videre at denne kartleggingen må munne ut i en diagnostisk konklusjon vedrørende AD/HD og eventuelle andre diagnoser (Ibid).

En ny revisjon er på gang av veilederen og helsedirektoratet regner med å ferdigstille denne i løpet av 2012 i følge nettsiden deres. Det er ikke gitt ut noen helt ny veileder siden 2005, men det har kommet oppdateringer underveis i nettutgaven.

På helsedirektoratets nettsider angående veilederen står det følgende om endringene i veilederen;

*«Det viktigste å være oppmerksom på av endringer fra 2005 til 2007 er at behandling med legemidler forutsetter at diagnosen er stilt av legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri eller nevrologi, eller av lege, psykolog, psykologspesialist i samarbeid med legespesialist» (Sosial- og helsedirektoratet 2007:9).*

En annen endring jeg har merket meg er at når det gjelder langtidsmedisinering og oppfølging av pasienter, så står det i veilederen fra 2007 at man skal inkludere minst halvårlige vurderinger av effekt og eventuelle bivirkninger samt også andre helsemessige konsekvenser. I utgaven før står det årlig.

## **5.1 Diagnosemanualene ICD-10 og DSM IV**

I praktisk diagnostikk brukes det i Norge to diagnosesystemer. ICD-10, som betyr International Classification of Diseases versjon 10 (ICD 10), samt Det amerikanske Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders versjon 4, Text Revision (DSM-IV-TR). (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Diagnosemanualenes kriterier for hyperkinetisk forstyrrelse og ADHD ligger ved som vedlegg 1. I dette avsnittet vil jeg kort gjøre rede for hva som kjennetegner diagnosekriteriene for de ulike manualene. For ytterligere informasjon se vedlegg 1.

### **5.1.1 ICD 10**

I følge ICD-10 kalles det vi kjenner som ADHD for hyperkinetisk forstyrrelse. Diagnosen krever klare tegn på sviktende oppmerksomhet, unormalt aktivitetsnivå og rastløshet. Det må vedvare over tid og ikke komme av andre lidelser som autisme eller affektive lidelser.

Videre er kategorien inndelt i tre soner G1, G2 og G3. Hvorav den første sonen heter : *svikt i oppmerksomhet* (G1). Den første sonen har 9 punkter hvorav minst 6 av symptomene må

«innfris». Alle de ni kriteriene går direkte eller indirekte på handlinger som kan relateres til skolearbeid og skolesituasjoner slik jeg tolker det.

Dette fordi det omhandler karaktertrekk som er gode å ha orden på om man skal takle skolehverdagen. Selvsagt vil også lignende forhold der samme krav om konsentrasjon kreves også gi seg utslag, som situasjoner der vedvarende oppmerksomhet kreves over tid. Punktene som er nevnt under G1, i ICD-10 er blant annet: Lett distraheret av ytre stimuli, ofte glemsom, roter bort ting som blyanter, bøker mm, klarer ikke å følge instruksjoner, eller å gjøre ferdig skolearbeid. Vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter. Altså etter min oppfatning direkte skolerelatert.

Neste sone heter *hyperaktivitet* G2: Her er det fem punkter totalt hvorav 3 av symptomene må være tilstede. Det presiseres i både G1 og G2 at symptomene må ha vedvart i 6 måneder.

Disse punktene vil jeg også tolke slik at de kan handle om en som har masse energi og som ikke klarer å sitte stille lenge av gangen. Disse kriteriene vil spesielt også slå uheldig ut i en skolesituasjon, mens også i andre sosiale situasjoner med høyt krav om stillesitting. Noen av kriteriene for G2 er følgende: Rastløs med hender og føtter og vrir seg i stolen. Forlater plassen sin i klasserommet, viser høyt aktivitetsnivå selv om det kreves moderasjon på grunn av omgivelsene, løper rundt og klatrer selv der det er upassende. Alle kriteriene går ut på bevegelse og kan kanskje godt sammenfalle med alle litt aktive gutter i visse perioder?

Neste sone er: *Impulsivitet* G3: her er det 4 kriterier totalt hvorav minst ett av symptomene må ha vedvart gjennom 6 måneder hvis man skal kunne innfri diagnosekravet.

Dette punktet handler mye om det å kunne vente på tur og omhandler snakking generelt. Buser ut med svar før spørsmål er ferdigstilt. Mestrer ikke å stå i kø eller vente på tur, snakker ustoppelig uten filter.

Neste punkt er G4, det omhandler ikke ulike egenskaper eller beskriver situasjoner, men det sier at plagene skal ha startet før fylte 7 år.

G5 og G6 . Disse punktene går ut på i hvor alvorlig grad man er plaget av de ovennevnte punktene. For det første må kombinasjon av uoppmerksomhet og hyperaktivitet være tilstede i mer enn en situasjon. Eksempelvis bør symptomene vise seg både på skolen og i hjemmet. Samt at symptomene i punktene G1-G3 må forårsake betydelige plager og svekkelse i det sosiale, på skolen eller i jobbsammenheng.

### 5.1.2 DSM IV

#### AD/HD etter DSM IV

For å kvalifisere til diagnosen ADHD må seks eller flere av symptomene på oppmerksomhetssvikt ha vart i minst 6 måneder, og som ikke er i overensstemmelse med normalen for utviklingsnivået for barnet.

Under punktet *oppmerksomhetssvikt*, (A1), er det 9 punkter hvorav da 6 punkter må innfris for å få diagnosen. Punktene er så å si helt identiske med punkt G1 i ICD-10. Og det har mye å gjøre med skolehverdagen her som i ICD-10. Det går på ting som at man ikke er en god lytter, har vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter, følger ikke instruksjoner, misliker eksempelvis skolearbeid. Her er ICD-10 så og si en blåkopi av DSM IV.

Videre er det også et punkt som kalles *hyperaktivitet* (A2) hvor også impulsivitet inngår i samme punkt. Til sammen utgjør dette også tilsammen 9 punkter. 6 av punktene må ha vedvart i over seks måneder. Her som i forrige punkt er det ni kriterier, og punktene sier det samme som det G2 og G3 gjorde i ICD-10. Punktene omhandler høyt aktivitetsnivå og det å vente på tur, snakker ustanselig med mer. I punkt B kommenteres at noen symptomer på hyperaktivitet –impulsivitet eller oppmerksomhetssvikt som skaper funksjonssvikt har vært tilstede før sju års alder. Og punkt C. beskriver at symptomene må vise seg på to eller flere områder. Eks. skole/ hjem/ jobb. Forskjellen her er at man må ha 6 av punktene av begge A1 eller A2 for å oppfylle kriteriene til diagnosen samt at man også kan ha en undergruppe der man kun kvalifiserer for enten A1 eller A2. Her må man ikke inneha begge kriteriene for å bli betegnet som ADHD tilfelle.

I veilederen er det også et oppsummeringskapittel der man sammenligner ICD-10 og DSM IV på hvordan diagnosen stilles (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Der nevnes blant annet at det kreves debut av symptomer før 7 år for begge diagnosesystemene samt at symptomene skal være tilstede på to eller flere arenaer som eksempelvis skole, hjemme, undersøkelsessituasjon mm. Begge understreker også at det skal foreligge klar indikasjon på klinisk signifikant svekkelse sosialt, skolefaglig eller arbeidsmessig fungering. Symptomene skal ha vart i over 6 måneder og i grad som avviker fra forventet utviklingsnivå. Ellers skal ikke symptomene kunne forklares av affektive lidelser, angstlidelser, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, psykotiske lidelser mm. Spesifikt i ICD 10 nevnes samtidig forekomst av diagnoser som



gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (PDD), manisk episode, depressiv episode eller angstlidelser som mulige eksklusjonskriterier.

Hovedforskjellen mellom de to systemene ifølge veilederen er vektleggingen av oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. ICD-10 krever at kriterier for alle tre skal være oppfylt, mens DSM-IV ser impulsivitet og hyperaktivitet mer under ett og dermed vil man lettere kunne få diagnosen AD/HD hvis DSM-IV blir brukt som diagnostiseringsverktøy. Og som veilederen påpeker vil ICD-10 gi uttrykk for en alvorligere form for AD/HD enn DSM-IV (jamfør tall kapitlet høyere prosentandel AD/HD hvis diagnosen er stilt etter DSM IV). Både blant forskere og klinikere er betegnelsen AD/HD hyppig brukt i forskningsarbeid nevnes det i veilederen. Dermed vil det være mer dokumentasjon omkring AD/HD enn omkring hyperkinetisk forstyrrelse.

### **5.1.3 Diagnosemanualen og makt**

Hva kan man så si om den produksjon av kunnskap som en diagnosemanual er? En diagnosemanual kan sees som en viktig del av den kunnskapen som er med på å farge «brillene» som leger og annet helsepersonell ser sin pasient gjennom. En diagnosemanual vil danne basisen for legens arbeid.

ADHD diagnosen er ikke vitenskapelige bevist, men er kommet fram til kun ved definisjon (Andersson 2012). Først blir det utviklet kunnskap som blir satt ned på papiret av noen psykiatere, og i dette tilfellet er det som Andersson sier ikke basert på vitenskapelig kunnskap, men det er blitt definert. Når så denne kunnskapen er tegnet ned i en diagnosemanual som DSM og ICD blir den et verktøy for leger og psykiatere som de kan bruke på sine pasienter i deres møte med dem i sin praksis. I dette møte kan man snakke om et biomaktperspektiv, fordi i slike relasjoner tenker man ikke på møtene i et maktperspektiv. Den ene part har kunnskap i kraft av en profesjon, her legeprofesjon, som de skal bruke ovenfor en pasient som kommer innom på en konsultasjon. Makten kan her være at de innehar rett til å diagnostisere, altså sette diagnoser på mennesker. Legen er ikke nødvendigvis bevisst på et slikt maktforhold, han utøver sin jobb som for han er naturlig.

Og nettopp dette er et viktig poeng hos Foucault, at den mest produktive utøvelse av makten er den som er mest usynlig og derfor vanskeligst å forsvare seg mot (Järvinen og Mortensen 2004). Det er i møtet med biomaktens profesjoner som eksempelvis leger og

psykologer(lærere) at individet mister sin motstand. Biomakt (Järvinen og Mortensen 2004) er en makttype som sørger for å lede befolkningen med henblikk på å fremme sunnhet og livskvalitet ut fra et motiv om å skape nyttige og produktive samfunnsmedlemmer. Eller man kan si at det vil beskrive ønsket man har om stille barn som tilpasser seg skolen og som gir bedre læringsmiljø rundt seg.

Her kan begrepet biomakt brukes om diagnosesetting og medikalisering av urolige barn. Ved å gi folk diagnose og kanskje medisinerer deres adferd innehar legene en spesialistfunksjon som er vanskelig å overprøve for en legmann som ikke har medisinsk kompetanse (jamfør også Christie 1962). I tilfellet ADHD blir det enda mer komplekst og overførbart fordi det ofte er barn som får diagnosen. Det er noen rundt barnet som har reagert på dets adferd eksempelvis foreldre eller lærere, så blir barnet kanskje sendt til lege eller henvist til spesialist. Her ser man at det kan være autoriteter som stempler barnet; Foreldre, lærere, andre voksne og til sist legen/ psykiateren. Diagnosen vil i disse situasjonene også basere seg på tredjehåndsinformasjon fra voksne rundt barnet. For en nærmere forklaring på denne prosessen fram til en eventuell diagnose siterer jeg Kildea m. fl (2011):

*«There is no single definitive psychological or biological test for ADHD and a diagnosis is made primarily from the observation of behaviours across multiple environments such as the home, school and clinic. (...) Diagnosis is typically reliant on accounts from teachers, parents, children and clinicians. This is important because evidence discrepancies exist between child, parent and therapist accounts of the nature of mental health difficulties such as ADHD, referral reasons and therapy goals» (Kildea, m.fl. 2011:600)*

Biomakten kan her sies å bli utøvd av en med profesjonsmakt, nemlig psykiateren/legen fordi det er han som til sist basert på all den informasjonen han har fått fra foreldre, skole og ikke minst ting han selv har observert vedrørende barnet. All den infoen legen har observert og vurdert vil ligge til grunn for om barnet vil få tildelt diagnosen ADHD eller ikke ved hjelp av diagnosemanualene som definerer hva som er kriteriene for diagnosen. Hvilken type diagnose som blir stilt av legen avhenger av en del føringer i samfunnet og hvilke diagnostiske verktøyer legen har tilgjengelig. Mye skjønn vil selvsagt her spille inn og man kan risikere ulikt resultat alt etter som hvilken psykiater/ lege barnet møter på sin vei. Og ikke minst er barnet som nevnt avhengig av hvilken innfarging «brilleglassene» til legen har.

Som parallell til biomakt kan man også trekke inn Bourdieus kapitalbegrep (Prieur, m.fl. 2006). Fordi barnet kommer til legen som pasient vil legen inneha en bestemt type kapital (legeutdannelse evt. psykiaterutdannelse) som gjør han bistand til å opptre som en

autoritet/spesialist ovenfor barnet som ikke innehar samme utdanning og viten. Ovenfor barnet vil legen ha noe man kan kalle symbolsk kapital (ibid), fordi barnet i møte med legen kanskje vil føle en slags ærefrykt bare i kraft av at legen har på seg hvit frakk og snakker legespråk. Og legen har sitt verktøy til bruk som er diagnosemanualen. I dette møte er det en ulikhet nettopp fordi barnet kommer som pasient, og legen er der i kraft av sin legekompetanse.

Christie (1962) omtaler også behandlingssystemet og sier at man i dette systemet møter spesialister<sup>30</sup>. Behandlingspersonellet og systemet de utgjør innehar en kunnskap om sykdommer som i sum er mye større enn det enkeltdeltakeren (pasienten) har (i alle fall i de fleste tilfeller hvis ikke vedkommende pasient er lege selv, noe som er lite trolig i akkurat denne situasjonen der vi snakker om barn (ibid)). Spesielt kan dette særpreget være ufordelaktig for barnet idet man står ovenfor en situasjon der det er konflikt med motstridende interesser (Christie 1962). I denne oppgaven kan man si at de motstridende interessene kan bestå i uenighet i fastsettelse av diagnosen sett fra barnets ståsted. Barnet vil i en sann situasjon ikke inneha nok symbolsk kapital til å kunne motsette seg en diagnose som legen har bestemt seg for.

OASys<sup>31</sup> er et spørreskjema-apparat, lovbruytermålesystem (Giertsen 2006), og på mange måter kan man relatere et sânt type skjema til diagnosemanualene som også avdekker opplysninger om barn på mange områder. Selv om spørsmålene som skal avdekkes i OASys er mye mer omfattende enn de punktene en diagnosemanual utgjør og det omhandler ikke samme type adferd, OASys kartlegger alt fra relasjoner, til lovbruddstype, til stoffbruk og følelsesmessig tilstand med mer. Diagnosemanualene er ikke så omfattende, men poenget er at man ved slike typer kartlegging av egenskaper kan få et resultat som får betydning i negativ karakter fordi den som svarer på OASys kan se på seg selv med andre øyne, og fokusere på det det negative de blir oppmerksomme på ved seg selv. Dette blir påpekt av de som har gjennomført OASys med straffedømte (Giertsen 2006). En annen likhet man kan trekke ved de to systemene er at i:

*«OASys` bilde løsrives lovbrudd og lovbruyter fra sin materielle, sosiale og kulturelle livssituasjon. Det at straffedømte begår lovbrudd , knyttes til deres særegne egenskaper slik OASys beskriver dem (...)» (Giertsen 2006:42-43)*

---

<sup>30</sup> I dette tilfelle vil disse spesialistene eksempelvis være leger, psykiater, psykolog m. fl.

<sup>31</sup> Offendenders Assessment and management SYStem, lovbruytermålesystem

På samme måte kan man risikere at barnet ser seg selv som de egenskapene diagnosemanualene forteller, og den biomedisinske diskursen beskriver vanskelighetene som en feil inni barns hjerner løsrevet fra den sosiale kontekst.

## 6 Alternativer

Her vil jeg si noe om «Tygg-modellen» som kanskje kan være et alternativ til «versting» begrepet. Og i forlengelsen av «versting-begrepet» kan man tenke seg at det dukker opp flere ADHD-diagnoser ? Samtidig vil Ulvehøj og hans syn på det som kalles ADHD- diagnose også bli tatt opp.

For å komme med eksempler innen skolen som viser at det nytter å jobbe med hele miljøer og ikke bare gi uromomentene medisiner som skal roe de ned, vil jeg ta med Brit Neumann og hennes arbeid som kan vise seg å gi resultater? <sup>32</sup>.

Dette avsnittet vil ta opp måter man kan tilnærme seg barn og unge på i klasserommet, kanskje kan disse metodene virkelig gjøre noe for hver enkelt elev slik at det blir mindre urolig adferd? Britt Neumann jobber ut fra noen som heter «Tryggmodellen» og Georg Ulvehøj arbeider ut fra sitt begrep om «Våre ti intelligenser». Begge synes å ha funnet en formel som gjør det enklere å se den enkelte elev og gjøre grep som medfører at alle føler seg vel i et klassemiljø, og på den måten klarer å finne sin plass. Man kan tenke seg et direkte alternativ til det å medisinere urolig og upassende adferd i klasserommet. Fordi dette synes som direkte alternativer til nettopp medisinerer har jeg valgt å vie dette emnet en del plass i oppgaven min.

### 6.1 TRYGG-modellen

Brit Neumann<sup>33</sup> har sin formelle utdannelse fra Norges Idrettshøyskole og lærerhøyskolen. Hun har også praktisert som idrettsleder/coach for konkurranseturnere, vært lærer samt rektor over mange år og hun har dermed også egen erfaring fra skole<sup>34</sup>. Brit Neumann (2010) sin drøm er å skape en skole som er god for alle og hun har på bakgrunn av dette laget noe hun selv kaller «TRYGG- modellen». Hun setter selvverd<sup>35</sup> som fellesnevner i sin modell og det

---

<sup>32</sup> Jeg har deltatt på foredrag med Neumann og vært deltaker i «TRYGG-ring» ved en skole som forelder

<sup>33</sup> Mer om Brit Neumann sjekk ut: <http://www.menneskeskolen.no/nyheter.html>

<sup>34</sup> Referanse fra, om Brit Neumann er hennes nettside: <http://www.menneskeskolen.no/ombrit.html>

<sup>35</sup> Brit tenker seg tre nivåer som er helt grunnleggende for opplevelse av selvverd (Brit 2010: 18-20); 1) *varerivået*, det går ut på at man skal være trygg på sitt «menneskeverd» uansett. Værestyrken er som urkraften i oss, det er den styrken vi kjenner når vi trenger den som mest ved kriser og vanskeligheter. Barn tåler mye hvis de er i omgivelser som er preget av ubetinget kjærlighet. Sårbarheten er vi også født med, og den er like viktig som styrken, i en tilstand av sårbarhet lærer man empati. Og gjennom sitt arbeid ser Neumann at sårbarheten kommer tilsyne når ringen er trygg nok. Og da skjer positive forandringer i fellesskapet. 2) *gjørenivået*, dette nivået handler om mestring, det er de synlige handlinger og prestasjoner. For at *gjørenivået* skal påvirke selvverdet positivt søker skolene å utvikle tilpasset opplæring både faglig og sosialt. 3) *Grenser*

betyr at selvverd er kjernen, sentrum og visjonen i hennes arbeid. Selvverd sier Neumann (2010) betyr at man skal føle seg verdifull og verdsatt. Som Britt sier det:

*«Det er et lederansvar for rektor, for den enkelte lærer og for den voksne i møtet med barnet at barnet/den unge skal føle seg sett og verdsatt. «Bivirkningen» blir selvsagt at også vi voksne føler at vi vokser og styrker vår selvverdsfølelse» (Neumann 2010:9)»*

I en tid hvor vi setter individualisme høyt i følge Neumann (2004) sier hun følgende om viktighet av felleskapet:

*«(...) det [er] fare for at vi glemmer hvor viktig felleskapet er for individuell utvikling. Kvaliteten på felleskap er avgjørende for om det enkelte individ får mulighet til å hente fram sine ressurser (Neumann 2004:7).»*

Brit Neumann er inspirert av Marcus Aurelius som levde 121-180 etter Kristus (Neumann 2010). Aurelius har en ledelsesmodell som Neumann har gjort til sin og den lyder som følger: *«Fasthet i det sentrale – Frihet i det perifere- kjærlighet i alt» (Neumann 2010:17)*. Og hva betyr så disse ordene? Fasthet i det sentrale innebærer at man må vite hva man ønsker å oppnå med sin lederfunksjon sier Neumann, og som man står fast ved selv i møte med motstand. Samtidig må det være noe som man kan sette ord på slik at det blir tydelig både for en selv og for de man skal lede (Ibid). Frihet i det perifere betyr at lærere må undervise på ulike måter for at de skal gjøre sitt beste for elevene.

Altså det er mange veier til mål. Men uavhengig av dette skal foreldre ikke måtte behøve å oppleve at det er personavhengig om barnet deres har det bra på skolen og om det lykkes der eller ei. Og tilslutt sier Neumann at kjærlighet i alt betyr at den mest krevende oppgave man har som leder er å styrke kjærlighetsevnen (Neumann 2010:17). Neumann (2010) sier at det må være et krav til alle lærere om at man skal bli glad i alle elevene i klassen. Og hun påpeker at det er de som det er vanskeligst å bli glad i som trenger din kjærlighet aller mest og hun sier at destruktiv oppførsel kun endrer seg i møte med kjærlighet. Nettopp dette siste punktet er viktig for en som lider av urolig oppførsel i sin skolehverdag, og kanskje hver eneste dag føler på at han er uønsket i klassen sin på grunn av bråkete adferd. Et trygt felleskap er med på å bygge opp de gode kvalitetene til individet jamfør Neumann og den samtalen vi hadde i Oslo.

---

dette handler om å forstå og respektere egne og andres grenser. Et godt fungerende klassemiljø er det beste korrektivet for de som har et oppførselshandikapp.

### 6.1.1 Hvordan praktiseres TRYGG- modellen?

Hvordan praktiserer så Neumann sin «TRYGG-modell» på skolene?

Neumann sitt TRYGG-arbeid går ut på at hun er i en klasse en uke av gangen (Neumann 2010). På formiddagen jobber hun med elevene samt lærere når de har tid. Også til foreldre som kan, gis det mulighet for å komme på dagtid. Neumann sier at det er viktig for henne at arbeidet inviterer til åpenhet. På ettermiddagen jobber personalet med TRYGG-modellen og på kvelden møtes foreldrene til TRYGG-kurs.

Det som foregår er at man skaper et «seende felleskap» der alle øver seg på å se alle, samt at alle også skal få forståelsen av at hvert enkelt individ kan påvirke utviklingen ved å sørge for «gode møter» mellom mennesker. Neumann sier dette om viktigheten av menneskemøter og at de kan skape bedre selvverd hos den enkelte:

*«Øyeblikkene som har godhet i seg i møtet med en annen, er ofte det som setter i gang positive prosesser» (Neumann 2010:12).*

Trygg-modellen er også basert på dialog som fremmer det å bli kjent med hverandre i den gruppen det utføres i, og dermed kan man lettere forstå på hvilken måte den enkelte kan bidra med støtte til andre og på hvilke måter/arenaer den enkelte trenger støtte (Neumann 2010).

Som Neumann sier det : «*To know is to love*». Det er enklere å gi støtte til en du kjenner godt og samtidig er det også vanskeligere å mobbe denne personen.

TRYGG-modellen arbeider ofte i sterk motstrøm fordi den generelle skoledebatten har fjernet seg fra «til barnets beste» og konsentrerer seg om kun små deler av barnets helhetlige utvikling (Neumann 2010). Neumann viser i boken sin til at gode faglige resultater kommer som resultat av et godt læringsklima, og at et slikt godt klima ikke kommer av seg selv. Med fokus på individuelle prestasjoner vil fellesskapsfølelsen og evnen til å støtte hverandre svekkes (Ibid).

*”Mange av programmene som skolene arbeider med, handler om å endre og polere barns oppførsel. Denne boken [”Tryggmodellen virker! Læring for livet”] viser at når voksne er villige til å være ansvarlige ledere for barn/unge, så endrer destruktiv oppførsel seg både hos barn, hos unge og hos voksne (...) Mye av tilbakemeldingene går ut på at arbeidsmåten fremmer læring for livet. Det er ikke en overfladisk metode som kan brukes uten at viktige verdier får spille hovedrollen. Verden trenger individer som kan samhandle. Samfunnsutviklingen vil preges av hvordan vi lykkes i å skape*

*livsmot hos de ungene som lever og arbeider på den viktige fellesskapsarenaen som barnehager og skoler er.» (Neumann 2010:8)*

At bedre samarbeid/kommunikasjon mellom de voksne og barna gir resultater på «oppførselshandikap» (ADHD mm) er vist ved forskning da mange mistet sine symptomer på atferdsdiagnoser, som vi har nevnt før så ble tre av fem barn «friskmeldt» etter at foreldrene hadde gjennomgått veiledningsprogrammer, «De utrolige årene», sammen med barna (Dagsavisen 28.02. 2011). Professor Willy-Tore Mørch sier i samme artikkel at: «Foreldre som gjør vanlige foreldrefeil kan få et avviksbarn hvis barnet er spesielt sårbart» (Dagsavisen 28.02. 2011:10)

Fra en logg-bok som Neumann hadde fra en niende klasse hun hadde vært i, uttrykte en elev seg slik om måten han syntes Neumann jobbet på:

*« Da jeg kom inn i klassen og så at du satt der i ringen, ei gammel dame med en teddy på fanget og en kurv med små lekehunder på gulvet, da trodde jeg at du var sprø! Helt sykt! Etter noen dager ser jeg at det virker jo for faen! (Neumann 2010:11) »*

For å vise hvordan trygg modellen kan virke for et barn som er preget av en indre uro som ofte en med ADHD-diagnosen kan være, vil jeg ta med en historie som Neumann fortalte under samtalen vi hadde. Denne viser på en fin måte hvordan innvirkning trygg ringen kan ha. Bakgrunnen for at historien kom var at jeg spurte henne hva hun tenkte kan være løsningen på den uroen og rastløsheten mange barn føler i en skolesituasjon?

*«Det kan sikkert være mange løsninger, men jeg bruker jo ring.(...) er veldig strukturert, både formen er strukturert, alle forholder seg til en ring. Da vet de at det er innenfor ringen det skal foregå, bare det skaper ro. Bare formen skaper ro. Og i en ring er det lettere å skape trygghet, enn når de sitter etter hverandre.*

*Voksne er ofte engstelige for ring, de synes det er ukomfortabelt særlig helt til å begynne med. Men unger finner veldig fort ro i ring, fordi mange unger sitter og er redd for hva som foregår bak min rygg. Og særlig «ADHD-unger» som jo blir så distraheret av alt som foregår rundt, skal ha kontroll på absolutt alt. Min måte å jobbe med ring på er at: det blir veldig styrt, så du skal gi oppmerksomhet til den som har ordet, og jeg(...)bruker konkreter for å vise hvem som har ordet. Det er en som sitter og holder en liten Teddy, og da sier jeg «Teddyen er hos» det betyr at jeg kan hjelpe de urolige ungene med å dirigere oppmerksomheten bare ett sted istedenfor 100 steder.*

*Og der er det igjen en historie: Det var en 5. klasse og der var jeg lenge, for det var mens jeg prøvde ut måten. Det var på Eidsvollskolen, hvor jeg holdt på i 3 år og prøvde det ut for å komme fram til en måte som jeg trodde på, og kunne skrive om. (...)etter en 14 dagers tid, da var det en veldig urolig gutt, da han satt med teddyen,*



*så sa han: «Du Brit, den teddyen der den er magisk den» sa han.. «Å ja har du merket det», « ja for når jeg gjør akkurat som du sier og ser bare på den som har teddy, da har jeg ikke den uroklumpen inni meg». Så sa jeg: «fortell om den uroklumpen din». Så sa han: «at det er en klump med pigger som går rundt og rundt og rundt og da klarte jeg ikke å se en vei». Så var det helt stille i klassen, også sa han «og når jeg gjør akkurat som du sier så er den klumpen i ro»: Så var det en gutt som sa: «da synes jeg du skulle skaffe deg en sånn hjemme på feltet også, for du er ikke særlig rolig der heller».*

*(...) dette er ganske beskrivende for hvordan jeg opplever de urolige ungene(...) jeg har bare tre regler: der det ene er: Teddy er hos, da betyr det at da skal oppmerksomheten dirigeres dit, og det er en påminnelse. Det er hverken en straff eller noe annet. Og det neste er en advarsel: Hvis de ikke klarer « Teddy er hos» (...) så bruker jeg «STOPP» og det er en advarsel. Og da er det «STOPP» med det du gjør nå. Det kan være så lite som at de begynner å sende ansiktsuttrykk, prøve å dumme ut noen med en mine eller sånn, det stopper jeg, for min oppgave er å skape den ringen så trygg at alle får slippe til, at det ikke bare er de som vanligvis slipper til. Og de som vanligvis har en rolle som ikke er bra nok i klassen skal falle til ro og slippe til, og derfor bruker jeg ordet STOPP. Og går ikke det så bruker jeg ordet UT. Og da er det ut av klasserommet, eller ut av ringen og sammen med en voksen for - de kjenner han ordentlig. Så sier jeg samtidig: kom inn igjen så fort du har klart å puste ut og komme rolig tilbake, for det er her du hører til.*

*(...)Utstøtning er jeg veldig redd for, jeg vil at det skal være inkludering, men ordet stopp (...), det har veldig kraft i seg, og særlig fordi vi sitter i ring, så er det nok, og jeg har ikke.. På alle de årene.. så har jeg bare behøvd å sende ut 2-3 ganger».(Brit Neumann 2012)*

Ut fra Neumann sin historie var det tydelig at han med «klumpen» i magen fikk god nytte av trygg-ringen, samtidig som hans medelever kanskje fikk en annen forståelse av gutten fordi han fortalte noe om hvordan han kjente denne «uroklumpen» inni seg. Samtidig forklarte han også hvordan det artet seg når han skulle sitte stille på skolen. Jeg tolker Neumann slik at hun er veldig opptatt av å bryte de mønstrene som allerede er i en klasse. Hovedgevinsten med ring er den sosiale treningen sier Neumann, men ringen er også veldig fin til å drive undervisning i, det fungerer helt fint.

Når Neumann blir tilkalt til en skole er det til bråkete klasser som trenger noen utenfra for å forandre miljøet, og dette sa Neumann om hva som skjer i løpet av uken:

*«[barnet] får en annen rolle, og (...) rollen forandrer seg veldig i løpet av bare en uke, jeg er jo ikke mer enn en uke et sted. Og i løpet av en uke skjer det kjempeforandringer. Hvor varig det blir, det kommer an på hvordan skolen følger det opp..*

*Men at rollene,(...) det er jo alltid voksne til stede i ringen og de ser jo at rollene endrer seg, og da er det... hvordan er det de skal forholde seg, for de som har en negativ rolle vil ut av den rollen, de klarer det ikke på egen hånd. De må ha hjelp til det (...) Klovnen er klovn så lenge han får lov til å være klovn. Og han/ hun trives ikke*

*med det. Det med at lærerne blir oppmerksom på at en klar grense og støtte er mye bedre enn at du er snill, sånn snillsnill og lar alt skure å gå, og så kommer straff. Det er det dårligste du kan by unger.. Jeg har sett (...)det så ofte nå. Jeg er 100 % sikker på at det virker ikke sant»*

Neumann er veldig opptatt av at hun ikke vil vite noe spesifikt om klassen før hun kommer dit så hun selv kan bli kjent med elevene og ikke allerede har forhåndsdomt noen. Det at hun ser så rask endring i løpet av kun den uken hun er der kan nok nettopp relateres til dette at hun kommer uten fordommer og er åpen og behandler alle med respekt. Samtidig har hun klare rammer i ringen som nevnt ovenfor, og dette gjør at alle må ta ansvar, man blir mye mer et subjekt enn at man hele tiden skal bli objektivert av omgivelsene slik at man ikke må lære seg å ta ansvar, men heller alltid skal ta i mot kjeft og represalier fordi man ikke klarer å tilpasse seg omgivelsene. Neumann sin modell tenker jeg fremmer at mennesket blir mer framtreddende som det subjektet de er i en ring hvor alle skal se alle og alle skal bli hørt. Man blir ikke objektivert som et bråkete individ som knapt nok burde hatt tilgang til klassen fordi man skaper uro.

### **6.1.2 De ti intelligenser**

Georg Ulvehøj har også en annen tilnærming til det som kalles ADHD. Han tenker ikke på diagnosen som en sykdom (Ulvehøj 2008). Han bruker heller forkortelsen ABBA, og det står for *Absolutt begavet bare annerledes*, betegnelsen har han fått fra en internasjonalt anerkjent psykiater som heller ikke syntes at begrepet ADHD var dekkende.

Samfunnet er annerledes nå en tidligere (for 50-60 år tilbake i tid), eksempelvis så nevner Ulvehøj (2008) mindre tid med foreldrene fordi begge foreldrene ofte er uti jobb, det er flere skilsmisser, større idealer om kroppsfasong og barna hadde mer omgang med besteforeldrene før, og han opplever kanskje på grunn av det, at mange barn er mer trygghetssøkende. Omgivelsene mener han bør fylles med konsekvens, lojalitet, ekte vennskap, heder, ære, omtanke og respekt for at barna skal få en opplevelse av trygghet (Ibid).

Ulvehøj siterer Søren Kirkegaard for å illustrere hvordan han velger å møte barna: «*Om du skal lære et barn noe, må du møte barnet der det er*» (Ulvehøj 2008:23).

Slik skolen er i dag kan det synes som om systemet vil bruke skolen for å støpe elevene i en mest mulig lik form (Ibid). En slik tilnærming til at alle skal være mest mulig like kan gå ut over vår forståelse for anderledeshet, evne til aksept og toleranseevne. Konsekvensen kan bli

at vi føler oss mer usikre i møte med mennesker som er annerledes enn det vi kjenner til (Ulvehøj 2008).

Ulvehøj's teori bygger på at et hvert individ har en eller flere sterke intelligenser, eller sterke sider. Får elevene lov til å satse på sine sterkeste intelligenser der de virkelig mestrer, vil læringen skje mer på den enkeltes premisser, det vil gi motivasjon, vilje til å lære og også glede i læringsprosessen. Selvtilliten øker fordi eleven får følelse av mestring, dermed vil kanskje de delene man ikke tar så lett bli lettere å tilegne seg også (ibid).

Ulvehøj er i tillegg opptatt av at alle trenger hjelp på egne premisser, også de som er veldig dyktige i faget sitt. Ved at man jobber slik mener han at man vil få betydelig færre problembarn i skolen.

Målet til Ulvehøj med boken er at når elevene får lov til å satse på sine sterkeste sider og får hjelp til det, vil de utvikle seg til å bli harmoniske, ha selvtillit, være konstruktive og selvstendige. Slik det ofte er i dag legges vekt på det hen at man må streve ekstra mye med de fag man ikke liker, og ikke mestrer så godt, kanskje det blir feil fokus? (Ulvehøj 2008) Kanskje man da mister motet og slett ikke liker skolen, ved at man fokuserer så sterkt på det man ikke mestrer? Hvis undervisningen isteden blir tilpasset den enkelte elevs sterkeste intelligenser, vil læringsprosessen bli mer lystig, fordi elevene føler at de lykkes i det de gjør, de får dermed uttelling for det de kan og forstår (ibid).

De ti intelligensene som Ulvehøj presenterer i sin bok er kort sagt: språklig intelligens, logisk intelligens, musikalitet, motorikk, intuisjon, sosial intelligens, innsikt, romforståelse, kreativitet og hukommelse. Hvordan kan disse intelligensene brukes i forhold til ADHD?

Ulvehøj snakket med mange elever som hadde fått diagnosen når han jobbet som lærer, og alle sa at de oppfattet skolen som utrolig kjedelig, i tillegg respekterte egentlig ingen dem eller tok dem på alvor. Da er det kanskje ikke rart at man reagerer med uro og konsentrasjonsvansker? Ulvehøj sier at hvis hans tanker og argumenter holder stikk er ADHD en beskrivelse av noen som på helt normalt vis har en sterk kreativitet. Kreativitet er noe som blir lagt merke til mener Ulvehøj, med det burde ikke gjøre dem til syke eller handikappede? Han ser de som motsatt av A4 mennesker og det betyr at ABBA egentlig er en positiv egenskap som ikke bør dempes med medisiner (Ulvehøj 2008).

## 6.2 Refleksjoner rundt TRYGG-modellen og «Våre ti intelligenser»

Ingen av de to verken Ulvehøj eller Neumann tilnærmer seg utfordringen ADHD eller bare generell uro og konsentrasjonssvikt ved å tenke at noe er nevrologisk galt med barnet og dermed er barnet sykt. De forsøker å tilnærme seg problematikken med uro på en annerledes måte ved å møte mennesket der de er, altså i menneskets subjektposisjon. De prøver ikke å påvirke barnet til at det må tilpasse seg mest mulig. Men heller prøver de å få fram barnets sterkeste sider ved å la dem være seg selv, og gjennom det fremmer de trygghet.

Jeg tenker at den tilnærming til elevene som både Neumann og Ulvehøj viser til er uhyre viktig, for det er nettopp det jeg er betenkt over at en urolig elev som ikke «passer inn» i dagen skole veldig lett kan føle seg utenfor, uønsket og antagelig også gruer seg for å gå på en skole som ikke har rom for mennesker som har andre kvaliteter enn det som verdsettes av skolesystemet i dag.

Neumann sier at mange elever opp gjennom skoletida lærer at de ikke har verdi. Samtidig påpeker Neumann at de som ofte ønskes ut av klassen, er de som har det vanskeligst fra før, og at nettopp disse barna først endres i møte med kjærlighet og oppriktig respekt i sitt fellesskap. Neumann uttrykker det slik:

*«Når mange unge opplever at de er uønsket fordi de ikke er slik de bør være, dannes det store grupper med ungdom som ikke har noe å tape på destruktiv oppførsel»  
(Neumann 2010:14).*

Jeg syntes innfallsvinklingen og bilde på Neumann, som ble beskrevet av en gutt på niende trinn, som sitter i ringen var ganske treffende og det viser at arbeidsmetoden Neumann bruker har virkning på elevene. Man må kanskje gjøre noe uventet, annerledes og «rart» for å få fram tryggheten til folk? Bekreftelsen på at hennes måte fungerte kom fra en krevende niende klasse og det gjorde Neumann enda mer sikker på at arbeidet hennes med å skape trygge elever med selvverd som basis må fortsette (Ibid). Slik jeg tolker Neumanns arbeidsmetoder kan det synes som om hennes metode er et meget godt redskap til å forebygge at noen faller utenfor og må bli betegnet som «versting». «Versting» begrepet er et ord som Neumann tar sterk avstand fra og hun synes det er skremmende når politikere tar i bruk ordet for å sanke stemmer i den politiske debatten, og ikke minst synes hun det er enda mer skremmende at de

faktisk sanker stemmer på det også. Hun viser til at enkelte politikere uttrykker i debatten at:  
*«Hvis vi får bestemme, så er det «verstingene» ut av klasserommet»(Neumann 2010:14)*

Neumann mener at ordet «versting» brukt på barn eller ungdom vitner om menneskeforakt og forakt for svakhet. Og et samfunn som forakter svakhet legger til rette for den sterke rett til å bestemme og det er fascisme sier Neumann (2010).

Ulvehøj opplevde i sine timer at elevene arbeidet med en helt annen iver når de fikk gjøre noe de selv mestret godt, at deres sterke sider ble lagt vekt på. Og samtidig som det ble økt trivsel, så gikk karakterene opp flere hakk. Spesielt de med særskilte behov var veldig lærevillige hos Ulvehøj da de fikk jobbe med det de var gode på. Bonusen av at de følte mestring forplantet seg også til de fagene de ikke mestret så godt og disse ble enklere for dem å jobbe med (Ulvehøj 2008).

Hågen Haugrønningen uttalte seg også om skolen og hva han tenker om tilrettelegging og hva man blir tilbudt, hans utsagn støtter opp om både Neumanns og Ulvehøj sine tanker om hva som bør gjøres for elevene:

*«Vi lever i et svært lite ADHD-vennlig samfunn, vet du. Det er mye av den såkalte hjelpen man kan få, som kun går ut på å jobbe mer med det man er dårlig på, og det blir man ikke bedre av. Det hjelper å styrke det som er bra, kanskje følger det andre etter. Holder du fokus på det som er mindre bra, vokser det. Noen ganger blir man møtt, andre ganger ikke. Jeg håper dette er bedre i dag, men jeg tviler da jeg opplever dette som personavhengig»(Haugrønningen 2012a:11).*

Med disse eksemplene viser Neumann og Ulvehøj at det går an å endre miljøene i klassene ved å bare la ungene være litt mer i sentrum og at de har enkle regler å forholde seg til. Samtidig som de i litt større grad får uttrykt seg på egne premisser og kanskje blir sett annerledes på av medelevene fordi de kan få brukt ressursene de faktisk innehar og er gode på.

## **7 Tallmateriale – “ADHD”- forekomst**

ADHD sies å være den diagnosen som er den vanligst stilte psykiatriske diagnosen i den vestlige verden blant barn, noe som er nevnt blant annet av både lege Charlotte Lunde og psykolog og filosof Ole Jacob Madsen (Lunde 2011, Madsen 2010). Siden diagnosen synes å være såpass utbredt presenteres det her litt tallmateriale som kan si oss noe om hvor mange som har blitt diagnostisert med ADHD. Tallene i dette kapitlet kan illustrere med hvilke «briller» vi ser på barn med urolig adferd, og muligens kan man også ut fra tallene se om «brilleglassenes» innfarging har endret seg gjennom tidene.

Tallmaterialet kan si oss noe om hvor mange som blir definert inn under en ADHD-paraply når de kommer i kontakt med helsevesenet for sin urolige adferd samt konsentrasjonsvansker. Paraplybegrepet tenker jeg er et passende begrep nettopp fordi de som får diagnosen ADHD er såpass heterogene, men allikevel kan de defineres inn under diagnosen ADHD fordi de har nettopp likhetstrekk i form av konsentrasjonsvansker og urolighet. Mange passer heller ikke inn i den vanlige skolen. Diagnosekriteriene som ble presentert i kapittel 6, er også veldig vide og vil dermed fange inn mange ulike mennesker med forskjellige utfordringer. Tallene kan kanskje også fortelle oss hva vi som samfunn har som fokusområde, fordi tallene også kan sees som et resultat av fokusområde fra foreldre, skole og medisin/psykiatri av i dag.

### **7.1 Om utbredelsen av diagnosen ADHD**

I en rapport fra SINTEF helse 2004<sup>36</sup> (Andersson, m.fl. 2004) hevdes det angående epidemiologiske studier fra ulike land at det er varierende forekomst av ADHD-diagnosen i barne- og ungdomsbefolkningen. Grunnen til dette sies det videre i rapporten er at tilstanden ADHD ikke er definert på en stringent måte. I tillegg brukes ulike metoder og kriterievalg som grunnlag i diagnostisering.

I følge forsker Heidi Aase, som er prosjektleder ved en pågående ADHD- studie ved Folkehelseinstituttet, har man ikke sikre tall på forekomst av fenomenet ADHD verken i

---

<sup>36</sup> Oppdragsgiver: Sosial- og helsedirektoratet. Rapportnr. STF78 A045012

Norge eller andre land (i Grønli 2011). Man kan dermed ikke finne en eksakt prosentandel i befolkningen. Dette forklarer Aase (i Grønli 2011) med at kartlegging av forekomst varierer og avhenger av metoden man bruker. Generelt finner man en forekomst på 3-5 % i befolkningen på tvers av kulturer (Ibid).

Her kan man tolke Aase slik at hun tenker at det ulike antall diagnostiserte er forårsaket av bruk av forskjellige diagnosemanualer. Hun har kanskje ikke tatt med i betraktning de ulike perspektivene eller briller man som menneske kan se andre mennesker igjennom? At et øye kan se et menneske annerledes enn et annet, avhengig av ens bakgrunn. Og da kan man si at brilleglassets art vil være av betydning. Og kanskje spesielt gjennom diagnostiske øyne, der man vil se ulike ting alt etter utdannelsesbakgrunn og også menneskelige erfaringer jamfør kapittel 4, om forståelsesmåter. Et slikt forbehold er viktig i diskusjonen rundt en diagnostiseringsprosess når noen skal diagnostiseres med ADHD.

Den kilden som kan gi oss et minstetall på de som blir diagnostisert med ADHD er reseptregisteret.no. Tallene fra reseptregisteret sier ikke noe eksakt om det antall som har blitt diagnostisert med tilstanden ADHD pr. dags dato, men i reseptregisteret registreres salgstallene på de som henter ut ADHD-legemidler på resept i Norge. Statistikken jeg har tatt ut er naturlig nok de som henter ut ADHD-midler på apoteket. Det tall som står i statistikken kan derfor gi oss et minstetall på diagnostiserte med ADHD, siden det ikke er alle som blir diagnostisert med ADHD som står på medisiner. Måltallet for de tall jeg tok ut fra reseptregisteret var: Antall brukere og omsetning i kroner. I tillegg kan man ved hjelp av dette registeret se på endringer i salgstall på medisiner over tid.

Aase (i Grønli 2011) påpeker at det var lettere å ha oversikt over medisiner av ADHD fordi vi har et nasjonalt reseptregister, enn andre typer behandlingstiltak som gis for diagnosen ADHD. Andre typer tiltak varierer og registreres ikke på samme måte som medisinbruk (Ibid).

I «Barn i Bergen-studien» vises det til at tilfeller av ADHD ble anslått til 1,3 %, i følge Ullebø (i Strand 2010), betydelig lavere enn både nasjonal rapport og internasjonale studier. Dette tallet blir det også referert til i en rapport fra Folkehelseinstituttet (Mathiesen Rapport 8/2009).

Barn i Bergen er en undersøkelse angående barns psykiske helse og utvikling og ble startet i 2002. I omfang er studien ganske stor da det i første runde deltok 7007 barn (dette utgjorde rundt 75 % oppslutning av utvalget), andre runde innebefattet 5185 barn (ca. 60 % oppslutning av utvalget). Studien går ut på å følge tre årskull fra småskolealder til ungdomstiden. Man følger opp barnet i ulike faser fra barn til ungdom, totalt fire runder<sup>37</sup>. Videre gjøres det en omfattende kartlegging omkring barnets psykiske helse og utvikling. Både barna selv, foresatte og barnas lærer skal besvare spørsmål omkring dette.

Lege Anne Karin Ullebø har skrevet en doktoravhandling med utgangspunkt i nettopp «Barn i Bergen-studien». I studien ble det analysert rapporter fra foreldre og lærere til 6000 barn, og ADHD-symptomer hos barn i alderen 7 til 9 år ble kartlagt.

*«Foreldre og læreres rapporter for over 6000 barn ble analysert, og forekomsten av ADHD-symptomer ble målt. Ullebø sammenlignet også ulike metoder for å anslå forekomst. De aller fleste av barna hadde ikke noen symptomer på oppmerksomhetsproblemer, impulsivitet eller hyperaktivitet. Likevel var det ganske vanlig at foreldre og lærere rapporterte om slike symptomer blant barna.*

*Omkring fem prosent av barna hadde ADHD-symptomer, ifølge foreldre og lærere. Barn i Bergen-gruppen fulgte opp med å se på intervjuer med foreldrene til over 1000 av disse barna. På bakgrunn av spørreskjemaene og intervjuene anslås det at om lag 1,3 prosent av barna hadde ADHD»(Strand 2010:852-853)*

Overraskende sier Ullebø da man kanskje hadde forventet en høyere forekomst basert på de tall de arbeidet ut fra. Ullebø sitt mål med doktoravhandlingen var i følge henne selv: «Å få en oversikt over hvor vanlig ADHD egentlig var i barnebefolkningen?», men hun fant ut at dette ikke var så lett. Ullebø uttrykte det slik i Strand (2010:853):

*«Feilkildene er så mange at det er vanskelig å anslå antallet i en befolkning som har ADHD. Dette er en heterogen gruppe som defineres på forskjellige måter i ulike studier, og definisjonsforskjellene er også store mellom forskning og klinikk».*

---

<sup>37</sup> De fire rundene forløp som følger: i 2002/03 da barna gikk i småskolen, 2005/06 (mellomtrinnet), 2008/09 (ungdomsskolen) og siste runde 2011/12 (videregående skole).



### 7.1.1 Tallmateriale

Hva forteller så egentlig de registrerte tallene vi finner på ADHD? Kan det på samme måte være et bilde på hvilken diagnose som er populær innen psykiatrien i dag? Hvilket fokus har leger/ psykologer / psykiatere blitt trent til å ha på barnet som blir brakt inn til utredning? Det blir hevdet at man lettere kjenner igjen diagnosen på grunn av økt kunnskap om diagnosen (Elliott 2003), eller kanskje det vil påvirke eksperten til å stille den diagnosen fordi man nettopp har fokus på den tilstanden? Finner vi alle de som sliter med en problematikk som kan havne inn under ADHD betegnelsen her? Eller burde det vært med flere eller færre i disse tallene?

Under følger tall fra ulike offentlige instanser som antyder tall på de som anslagsvis havner inn under diagnosen ADHD. De tall som er fra reseptregisteret viser det antall personer som har hentet ut minst en resept i perioden med ADHD midler, og kan tydes som et minstetall på de som har fått diagnosen ADHD. De andre tallene kan representere en antydning på ADHD diagnostiserte fordi som allerede vist til, tallene varierer alt ettersom hvilket brilleglass de som ser og definerer adferd har, jf Ullebø (i Strand 2010). Tallene blir presentert under de ulike instanser.

### 7.1.2 Reseptregisteret

Fra reseptregisteret.no tok jeg ut statistikk som viser hvor mange personer som har tatt ut minst en resept med ADHD- midler. I 2004 var det 11 879 personer som hentet ut ADHD midler<sup>38</sup>. I 2010 hadde det antall som hentet ut ADHD midler på resept steget til 29 438. *Brukere* (der det blir brukt i denne forbindelse) defineres her som personer som har hentet ut minst en resept i perioden (jf. Reseptregisteret.no). I 2011 er antall det antallet som har hentet ut resept på ADHD-midler totalt på 30525. Antall mennesker som henter ADHD midler sier ikke nøyaktig noe om registrert forekomst av ADHD i befolkningen, men kan tydes som et minstetall for diagnostiserte med ADHD i nevnte periode. Tar man ut statistikk for ulike år viser det også om det antall som hadde hentet ut ADHD midler på resept har økt eller sunket.

---

<sup>38</sup> ADHD-midler omfatter "N06BA01 – Amfetamin (Adderall) N06BA02 - Dexamfetamin,(Dexedrine) N06BA04 – Metylfenidat (Ritalin, Concerta, Equasym Depot) N06BA09 – Atomoksetin (Strattera)". (Handelsnavnene i parentes)

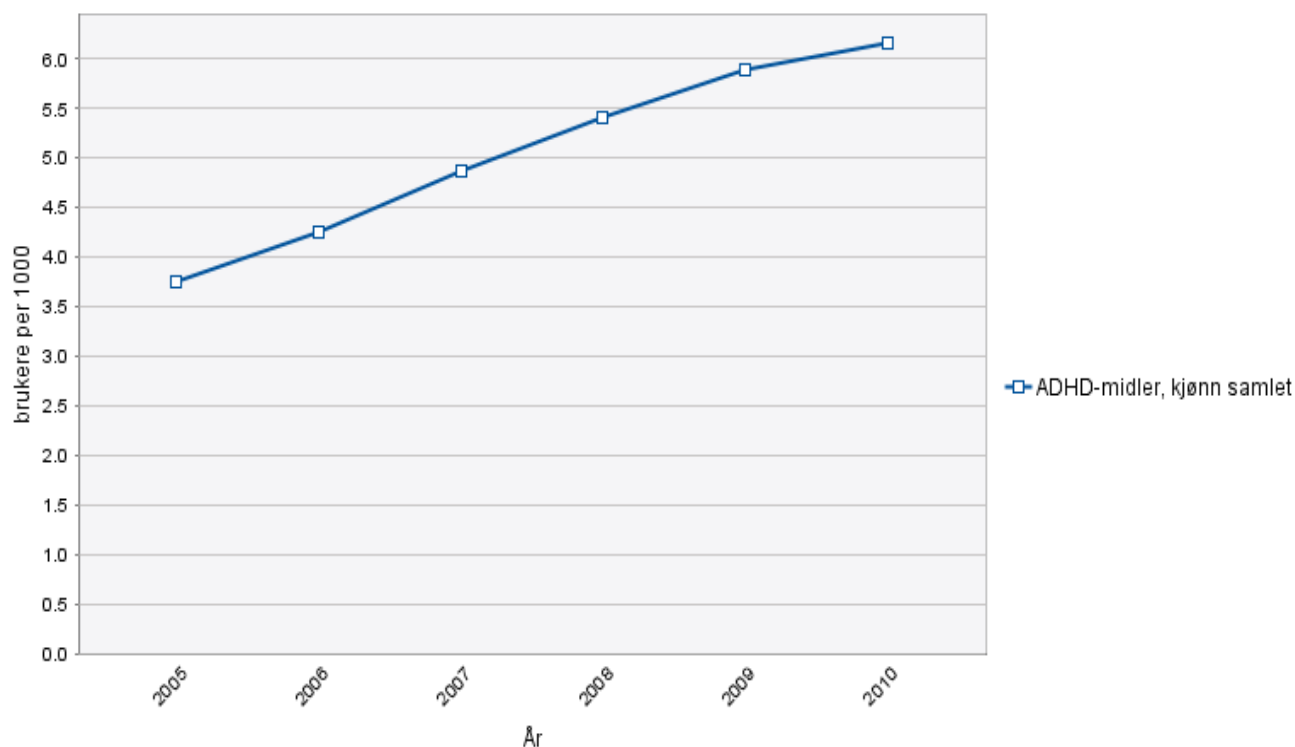
Den stigende kurven fra 2004 til 2010 viser økt antall som har hentet ut medisiner pr. resept, og man kan anta at tallet forteller oss at det totale antallet som har fått diagnosen ADHD via helsevesenet har økt.

### **7.1.3 Norgeshelsa.no**

Denne tabellen var publisert på norgeshelsa.no, og tallene stammer fra reseptregisteret. Måltallene er brukere (når antall brukere blir brukt som betegnelse menes det antall som har hentet ut resepter) pr. 1000, kjønn samlet, alder 0-79 år. Ut fra kurven i figuren, (se Tabell 1) som er stigende fra venstre mot høyre, det vil si fra år 2005 til år 2010, kan man se at antall personer som har hentet ut minst en resept i perioden har økt. Ut fra figuren kan man også lese at det i år 2005 var ca. 3,75 personer som hentet ut minst en resept, pr 1000 mennesker av ADHD midler, og i 2010 var det tallet ca. 6, 25 personer som hentet ut ADHD-midler på resept pr. 1000 mennesker. Altså en stigning som innebærer at det er økt med 2, 5 personer som henter ut ADHD-midler pr. 1000 innbyggere på 5 år.

**Tabell 1;** Bruk av ADHD MIDLER- kjønn samlet.

Legemiddelbruk – 0-79 år, hele landet, brukere per 1000



#### Beskrivelse

Brukere av legemidler forskrevet på resept til personer 0-79 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i perioden. Kjøp av reseptfrie legemidler på apotek eller i dagligvarehandel er ikke med. Institusjonsbeboere får legemidler fra institusjonen og henter ikke ut egen resept. På grunn av geografisk varierende dekningsgrad av institusjonsplasser for eldre er personer fra 80 år ikke inkludert. (Norgesshelsa.no)

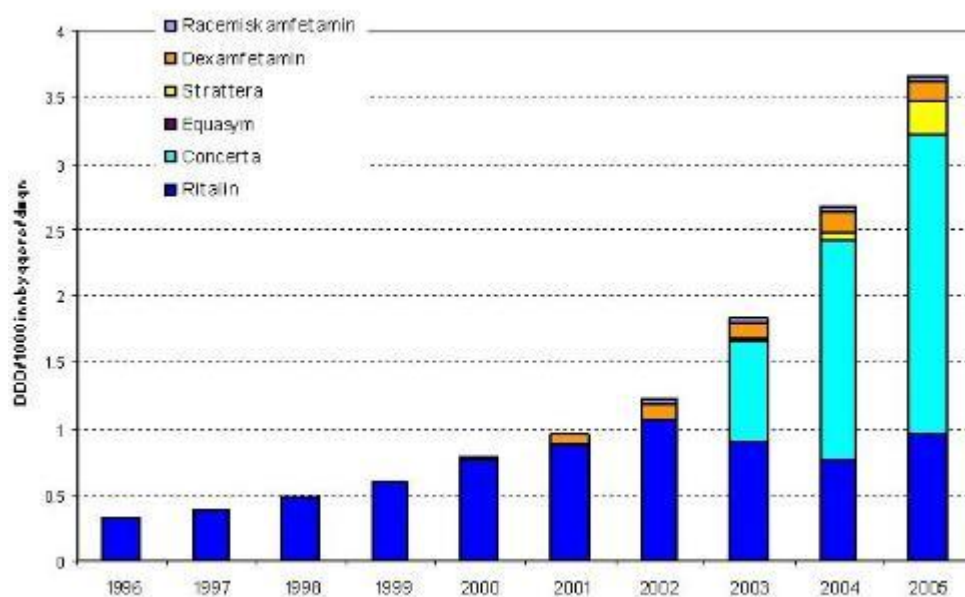
### 7.1.4 Folkehelseinstituttet (FHI): Faktaark om ADHD

Her kommer en tabell som er et direkte utklipp fra ADHD-faktaark fra

Folkehelseinstituttet.no. Denne tabellen viser blant annet utviklingen i antall personer som har

hentet ut ADHD-midler<sup>39</sup> på resept pr år, fra 1996 til 2005. Samtidig viser tabellen hvilke medikamenter som blir hentet ut på reseptene og i hvilket forhold. Man kan se at når virkestoffet methylphenidat (kjent som ritalin) ble tilgjengelig i depotpreparatet, concerta, med kun en dosering pr. dag, vant det mer og mer av markedet i forhold til ritalin som ofte doseres 3 ganger daglig (ritalin, mørk blå og concerta lys blå). Ytterligere forklaring se nedenfor stolpediagrammet.

**Tabell 2.**



Tabellen er statistikk over medisinalleveringer fra apotek og det viser en markant økning i forbruket i perioden fra 1996 til 2005.

Videre blir følgende tall kommentert på ADHD- faktaark: Fra reseptregisteret viser følgende tall noe om foreskrivningen av sentralstimulerende midler ved ADHD: I 2005 fikk 11 100 barn og unge under 18 år utlevert medisiner fra apoteket på ADHD-midler, året før var antallet 8 700. Av de som fikk foreskrevet medisin var over sju av ti gutter. Tallet innebærer 1,1 % av alle barn og unge i den aldersgruppen. I aldersgruppen fra 12 til 15 års er det flest som har fått foreskrevet ADHD-midler ut fra salgshallene. Foreløpig vet man ikke noe om hvor lenge barna blir behandlet med disse medikamentene. 5 400 voksne fikk foreskrevet

<sup>39</sup> Siden legemidlene regnes som sentralstimulerende, er de klassifisert som narkotika - selv om de ikke gir rus i de lave dosene som benyttes i behandlingen av ADHD. Loven sier imidlertid at slike midler bare kan skrives ut av spesialist eller allmennlege med særskilt rekvireringstillatelse gitt av Fylkesmannen. Behandlingen kan videreføres hos fastlegen. (Kilde: ADHD-faktaark)

ADHD-midler. To av tre av de som fikk medisiner var menn. (noen brukte også midlet mot søvnsykdommen narkolepsi). Fra 2004 til 2005 var det økning på 27 % som hentet ut legemidler ved ADHD ( ADHD-faktaark).

Hvordan skal man så tolke, tabell 2, utklippet fra «Faktaark om ADHD»? Tabell 2, som vist over er beregnet etter DDD pr 1000 innbyggere pr. døgn. Måleenheten DDD er definert som den antatt gjennomsnittlige døgndose ved preparatets hovedbruksområde (indikasjon) hos voksne. Det er viktig å være klar over at den dosen legen forskriver, i mange tilfeller avviker fra DDD som derfor kun må betraktes som en teknisk måleenhet. DDD versjon gjeldende fra januar i det året databasen er oppdatert, er benyttet i denne versjonen av nettsiden (reseptregisteret.no). Tabellen ovenfor sier noe om følgende: Hentet fra legemiddelforbruk.no som omhandler måltall:

*”Salgstallene er angitt i DDD/1000 innbyggere/døgn og beregnes på følgende måte:*

*Samlet forbruk i DDD x 1000*

-----  
*365 x antall innbyggere*

*Dette tallet vil gi et estimat av andelen av befolkningen i promille som får en bestemt medikamentell behandling. Et estimert salg av et legemiddel på 10 DDD/1000 innbyggere/døgn indikerer at 10 av 1000 personer (dvs. 1 % av befolkningen) daglig kan bruke dette legemidlet. Dette estimatet blir imidlertid kun riktig dersom det er samsvar mellom DDD og dosen som faktisk brukes”.*

DDD viser egentlig salgstall av ADHD-midler og sier egentlig ikke eksakt hvor mange som bruker disse midlene, det vet man egentlig ikke noe om som vist over.

Skal man overføre funn angående DDD på legemiddelforbruk.no til tabellen ovenfor vil det si at hvis det er samsvar mellom DDD (salgstallet) og dosen som faktisk brukes daglig var det ca. 0,3 personer av 1000 personer som daglig brukte ADHD midler i 1996. I 2005 ser man at dette tallet er på over 3,5 personer av 1000 personer som daglig brukte ADHD midler.

Estimatet er som sagt forutsatt at DDD samsvarer med faktisk dose som blir brukt. Dermed blir DDD en teknisk måleenhet som kan brukes som en indikator. Man kan blant til en viss grad observere endringer over tid.

### 7.1.5 SINTEF

Sintef oppgir at 2,5 % av barn under 18 år hadde diagnosen ADHD i 2002, men at reell forekomst antagelig er høyere (Mathiesen Rapport 8/2009). Internasjonale undersøkelser viser ofte til høyere tall, en metastudie konkluderer med en gjennomsnittlig forekomst på 5 % på verdensbasis (Ibid). Fra befolkningsstudier der det er benyttet strukturerte spørreskjemaer vises det en anslått forekomst på 10-20 % av ADHD tilfeller. Videre nevnes det at etter kriteriene i DSM IV ser man prevalenstall på 5-10 %, og tilslutt sier rapporten at studier hvor man følger de mer stringente ICD-10 baserte kriterier har man et estimat på 1-2 % av barne- og ungdomsbefolkningen (Mathiesen Rapport 8/2009).

Man ser samme sprik i tallene her, noe som bare speiler det samme som Ullebø nevnte innledningsvis i dette kapitlet.

### 7.1.6 Legemiddelstatistikk

Når det gjelder legemidler som blir brukt til behandling av ADHD-diagnosen (ATC<sup>40</sup> gruppe N06BA) uttrykker Legemiddelstatistikkrapporten 2011:1 følgende om disse midlene (s.84):

*«I likhet med mange andre vestlige land har forbruket av sentralstimulerende legemidler brukt i hovedsak brukes[SIC] ved ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) i Norge økt kraftig de senere år.»*

Legemiddelstatistikk rapporten 2011:1<sup>41</sup> tar for seg legemiddelforbruket i Norge i tidsrommet 2006-2010. Når det gjelder legemidler som blir brukt i behandling av ADHD-diagnosen ser

---

<sup>40</sup> Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), Classification System. Brukes for å klassifisere legemidler og for å kunne ta ut statistikk på avanserte og detaljerte nivåer. I ATC systemet inndeles legemidlene i grupper på 5 nivåer. På 1. nivå fordeles legemidlene på 14 anatomiske hovedgrupper. Det neste nivået (2. nivå) er en terapeutisk eller farmakologisk undergruppe. 3. nivå og 4. nivå er terapeutiske, farmakologiske eller kjemiske undergrupper, mens 5. nivå representerer den kjemiske substansen/virkestoffet. (legemiddelforbruk.no)

<sup>41</sup> Statistikken omfatter alt salg av reseptpliktige og reseptfrie legemidler i Norge fra grossister til apotek, sykehus/sykehjem og dagligvarehandel. (Jf legemiddelstatistikk 2011:1) Jeg har trukket ut tall som omhandler ADHD midler

man at i løpet av perioden 1996 til 2010 har forbruket, eller rettere salg fra grossist til apotek m.fl (se fotnote 26) , økt fra 0,3 til 7.0 DDD/1000 innbyggere/døgn. I 2010 økte salget målt i doser med 8 % i forhold til 2009. Legemidlene i gruppen N06BA brukes også mot narkolepsi. (Sakshaug, m.fl. Legemiddelstatistikk 2011:1)

### **7.1.7 Sosial- og helsedirektoratet**

Ifølge undersøkelser basert på ICD-10<sup>42</sup> kriteriene (Jamfør kapittel 5.1.1) for det som kalles hyperkinetisk forstyrrelse er det anslått en forekomst på 1 - 3 prosent, mens den ifølge kriteriene for AD/HD i DSM-IV-TR<sup>43</sup> (Jamfør kapittel 5.1.2) er anslått til 4 - 8 prosent. Dette tallmaterialet fremkommer i sosial og helsedirektoratets: «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD»<sup>44</sup>.

På ADHD- fakta ark (Folkehelseinstituttet 2009) som er publisert på FHI sine nettsider står det at: I Norge regner Sosial- og helsedirektoratet med at 3-5 prosent av barn og unge under 18 år har ADHD, det innebærer at det i gjennomsnitt er ett barn med ADHD i hver skoleklasse.

### **7.1.8 Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi, Oslo universitetssykehus**

Ovennevnte organisasjon skriver på sitt nettsted at forekomsten av ADHD er 3-5 %, de beskriver ikke nærmere hvem dette prosent tallet omfatter, barn-voksne? Videre opplyser de om ulikheter mellom ICD og DSM IV noe som kanskje kan være fint å ta med seg når man skal fundere omkring tallene:

*"I WHO's diagnosemanual ICD 10, som norske medisinske miljøer er forpliktet til å bruke, kalles tilstanden hyperkinetiske forstyrrelser. Symptombeskrivelsene[på AD/HD/hyperkinetisk forstyrrelse] er praktisk talt identiske, men for at diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse skal stilles etter ICD 10 manualen, må det foreligge samtidig kriterieoppfyllelse for alle tre symptomkategorier (oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og*

---

<sup>42</sup> International Classification of Diseases Revision 10. Revideres av World Health Organisation, WHO

<sup>43</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision.

Publisert av American Psychiatric Association

<sup>44</sup> Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet, sist revidert 15.10.2007.

*mangelfull impulskontroll) før 7 års alder og diagnosekriteriene må oppfylles i mer enn en situasjon. I praksis vil dette si at færre mennesker oppfyller kriteriene for diagnosen enn når DSM IV brukes. (Strand 2008)*

### **7.1.9 Omsetningsøkning over tid**

Det har vært en omsetningsøkning på ADHD midler i Norge fra 4 millioner kroner på slutten av 1990-tallet til 184 millioner i 2010 (Lunde 2011). Denne økningen har vært såpass stor at også FNs overvåkningsorgan for narkotika uttrykte bekymring for det økte forbruket av ADHD-medisiner hos norske barn (Lunde 2011).

Forekomst av ADHD-diagnosen synes umulig å fastslå etter de funn som er kommet fram i dette kapitlet. Eneste tall som er absolutte er salgstallene, DDD, som viser hvor mange personer som har hentet ut ADHD-midler på apotek jamfør reseptregisteret.no, samt at legemiddelstatistikk sier noe om salgstallene, DDD, for de ulike legemidlene fra grossist til apotek, sykehjem m. fl (se fotnote 26). Begge disse tallene viser stigning i solgt ADHD-medisin.

Ut fra salgstallene kan man holde en viss oversikt over om antall diagnostiserte med ADHD er stigende eller synkende. Uansett er det iallefall et estimat over de som får foreskrevet medisiner for sin ADHD-diagnose og som har hentet ut sin medisin på apotek (DDD, reseptregisteret.no). Legemiddelstatistikken viser salgstallene i DDD fra grossist til apotek m. fl og om disse tallene har steget eller sunket fra år til år.

Tallet på antall som er estimert til å ha diagnosen ADHD er også varierende alt etter hvilken diagnosemanual man bruker. Etter ICD er det estimerer på 1-3 % og etter DSM IV er estimatet på 4-8 %. Det er registrert en omsetningsøkning fra slutten av 1990-tallet og fram til 2010 fra 4 millioner til 184 millioner.

Så litt om USA og ADHD-diagnoser, og hvilken utvikling ser vi der i forhold til det vi har sett angående tall her?



## 7.2 Blikk til USA

I USA i 1990 var det 947 208 elever som var diagnostisert med ADHD, mens antallet i 1995 var 2 357 833 elever (Nielsen og Jørgensen 2010). Videre har den amerikanske legeforening estimert at det i 2003 var 4,4 millioner barn som i USA har fått diagnosen ADHD og det tilsvarer i underkant av 8 % av den samlede andelen som går på skolen (Ibid).

“Brilleglassene” til klinikerne i USA synes veldig farget av at DSM IV blir brukt som diagnostiseringsverktøy siden tallet er såpass høyt, og som det ble nevnt tidligere vil man da få et høyere tall med ADHD-diagnose enn hvis man diagnostiserer etter ICD-10.

ADHD blir diagnostisert og behandlet mer hyppig i USA enn noe annet sted i verden og dette har medført at mange mener at ADHD er et «kulturbestemt syndrom» (Rose 2006). USA bruker over 90 % av verdens tilførsel av metylfenidat (ritalin) og dexamfetamin de to stoffer som er mest hyppig i bruk av de som får stilt diagnosen (Ibid).

I sin bok fra 2003: *“Better than well: American medicine meets the American dream”* forteller Carl Elliott at det mot slutten av 1990 tallet ble satt ned en arbeidsgruppe av “The American Medical Association» for å sjekke hvorvidt ADHD ble overdiagnostisert (Elliott 2003:248-249). Debatten vedrørende ritalin skapte også overskrifter i aviser og magasiner (Ibid). Hvorfor skjedde dette i USA akkurat da? Fordi ritalinbruken på nitti tallet hadde økt voldsomt. I 1970 var det omtrent 150 000 amerikanske barn som tok en eller annen form for sentralstimulerende middel. I 1995 var det hele 2.6 millioner amerikanere som tok ritalin alene. Til og med småbarn<sup>45</sup> ble medisinerert (Elliott 2003:248-249). (Til sammenligning ser man også i Norge en økning i bruk av ADHD midler<sup>46</sup>). Arbeidsgruppen i USA fant ikke noen bevis for at det var tendenser til overdiagnostisering. Grunnen til at ADHD i så stor grad ble påvist ble det sagt av utredningsgruppen, var fordi både leger og allmenheten nå var mer informert om diagnosen og lettere kjente igjen symptomene (Elliott 2003).

I 2006 var det estimerte tallet for fenomenet ADHD i USA 4.5 millioner barn og unge (Midtlyng 2010). Argumentasjonen til leger som støttet forskrivningen av ritalin var at de så

---

<sup>45</sup> En studie viste at blant barn fra 2-4 år var psykoaktive medisiner på tidlig 90- tall tredoblet (Elliott 2003: 249)

<sup>46</sup> Se tall ovenfor-ADHD-midler omfatter "N06BA01 - Amfetamin, N06BA02 - Dexamfetamin, N06BA04 - Metylfenidat, N06BA09 - Atomoksetin".

dette som naturlig, både fordi legene var bedre utrustet til å stille diagnosen ADHD og at man hadde kommet lenger medisinsk sett forteller Elliott i boken sin. Elliott (2003) påpeker videre at det virkelige spørsmålet er hvorvidt diagnosen (ADHD) i seg selv er en måte å medisinerer uoppmerksomhet og bråkmakere på. For skolebarna selv, er det bra for 1 av 10 skoleelever å bruke sentralstimulerende midler undrer Elliott? Som både koffein, nikotin og kokain er ritalin<sup>47</sup> et utmerket stimulerende middel. At disse medikamentene vil få deg til å føle deg mer årvåken og oppmerksom er ikke nytt, allerede Freud observerte følgende om kokain:

*”Long-lasting, intensive mental work can be performed without fatigue”* (Elliott 2003:251).

At de fleste også de som ikke har fått merkelappen ADHD kan bli mer årvåke og oppmerksomme av ADHD midler sies også av lege Charlotte Lunde i hennes essay i Samtiden, psykiater Paris nevner det i sin bok ”Medisinering av psyken”, samt at psykologen Aina Olsvold er inne på det i sin doktoravhandling (Lunde 2011, Olsvold 2012, Paris 2010)

Tallene i USA for antatt diagnostiserte har steget ganske heftig. Fra ca. 1 million diagnostiserte barn i 1990 (Nielsen og Jørgensen 2010) til 4,5 millioner barn og unge i 2006 (Middlyng 2010).

## 7.3 Forskjeller mellom land

Forekomst av ADHD-diagnosen varierer mellom land og det viser seg også at land har ulik praksis når det gjelder medisinerer av ADHD-diagnosen (Grønli 2011).

Når det gjelder medisinerer viser det seg at Island ligger høyere enn de andre nordiske landene. På Island i 2007 fikk omtrent 12 av 1000 personer av den islandske befolkningen ADHD- medisiner, disse tallene tilsvarer de tall som er rapportert for USA (Grønli 2011). I Finland er det litt over 1 av 1000 som får ADHD-medisiner. Til sammenligning lå Norge på nærmere 5 per 1000, Sverige på nærmere 3 per 1000 og Danmark på litt over 2 per 1000 (ibid). Andelen som blir medisinert og som har en diagnose varierer sier Aase (i Grønli 2011). Noen steder får 70-80 % av de med ADHD-diagnose medisiner, andre steder blir 20-30 % medisinert. Aase sier at det nettopp er andelen som får behandling, og

---

<sup>47</sup> (Kjemisk sett er Ritalin veldig likt amfetamin/kokain )

behandlingsprosedyrene som varierer mest mellom landene. Undersøkelsen viser at de dominerende holdningene til ADHD og behandlingspraksis i de ulike landene er knyttet til økonomiske, historiske og politiske krefter samt kulturelle verdier. Og i den forbindelse kan det nevnes at de ulike «brilleglassene» til de forskjellige klinikere i ulike land vil være farget av de samme faktorene.

Brasil nevnes spesifikt av Aase fordi der dominerer den psykoanalytiske tilnærmingen og de ser litt bort fra biologiske mekanismer (Grønli 2011). I Brasil har det ikke blitt brukt medisiner i stor grad på grunn av en historisk bakgrunn med militærdiktatur og diskusjoner om koblinger av politisk undertrykkelse og medisinerings av adferd (ibid). Andelen medisinerende i Brasil er lav, mens i USA og flere andre land behandles halvparten av alle som er diagnostisert med ADHD med medisiner (Grønli 2011).

Det virker som det er stor ulikhet mellom land i hvordan man tolker de barna som har ADHD-symptomer, og det synes som om land har ulikt brilleglass i måten de ser på denne typen adferd.

## **7.4 DSM IV – Diagnosemanual**

Hvilken rolle spiller diagnosemanualer i oppkomsten og forekomst av diagnoser? Her kommer spesielt DSM-diagnosemanualen til å bli nevnt fordi det i den senere tid har kommet opp en diskusjon omkring revisjonen av DSM IV til DSM V, og jeg tenker at diskusjonen rundt dette kan være med på å belyse hva en diagnosemanual betyr for medikalisering av tilstander og ikke minst for ADHD. Og slik jeg har forstått systemene er det ofte DSM systemet som leder an i diagnoseprosessen og så endres ICD en stund etterpå. ICD systemet tilpasses til de diagnoser som fremkommer i DSM manualen (Hageberg 2011).

### 7.4.1 Psykiatrien, DSM systemet og forklaringsmodeller

Psykiatrien gjennomgikk et paradigmeskifte mellom 1960 og 1980 i følge Brante, som er professor ved sosiologisk institutt ved både Lunds og Örebro universitet (Brante 2006). Han viser til at en tidligere dynamisk psykiatri som var basert på Freuds teorier, nå hadde blitt erstattet av en diagnostisk psykiatri. Aller tydeligst vises dette i *Diagnostics and Statistical Manual of Mental disorders (DSM)*.

DSM systemet gis ut av American Psychiatric Association og er dominerende innenfor psykiatriens kliniske og teoretiske virksomhet i den vestlige verden (Ibid). Brante viser til at tidligere utgaver av DSM manualen, DSM I fra 1952 og DSM II fra 1968 bygger i all hovedsak på den dynamiske psykiatriens tankegang som igjen er basert på Freud og psykoanalysen. Den gjør ingen skarp forskjell mellom normal og unormal oppførsel. Det «normale» og det «unormale» eller andre psykiske lidelser (foruten psykose) har samme grunnleggende årsaker som eksempelvis traumatiske hendelser eller fortrenkte minner fra barndommen. En mer eller mindre normal oppførsel er sågar et spørsmål om graden av normalitet. Diagnoser stilles ut fra oppførselens underliggende grunner heller enn ut fra symptomene, fordi symptomene nettopp kan være uttrykk for eller effekter av samme mekanisme (Brante 2006:73-74).

Med DSM III fra 1980 er hele dette synet endret. Mentale forstyrrelser presenteres som faste enheter (natural kinds) og man legger liten eller ingen vekt på årsakene. Det trekkes skarpe grenser mellom normalt og unormalt og det forstås dikotomt, enten- eller. Med de nye utgavene av DSM øker de mentale forstyrrelsene drastisk. I den seneste utgaven av DSM som er DSM IV-TR fra 2000 oppgis nærmere 400 ulike diagnoser (Brante 2006).

To sentrale amerikanske psykiatere har slått alarm hvorpå de påpeker at nye diagnostiske kriterier for psykiske lidelser skaper en ny «epidemi» av psykiatriske «sykdommer» (Roksund 2011). Disse nye kriteriene medfører en eksplosiv økning i diagnostisering og medikamentell behandling av ADHD, bipolare lidelser og lidelser innen autismspekteret, herunder Aspergers syndrom. ”Hvor langt skal utviklingen gå”? Spør Allen Frances og Richard Spitzer. Disse to var redaktører av tidligere versjoner av de psykiatriske kodeverket DSM 4 og DSM 3. Deres hovedpoeng er at kriteriene for ulike diagnoser endres slik at stadig flere personer vil kunne få disse psykiatriske diagnosene uten at de egentlig er syke (Ibid). Flere risikerer

dermed stemplet i pannen: *psykisk syk*, fordi inklusjonskriteriene i den nye manualen DSM 5 som er under laging, utvides. Dette fordi man ivrer etter tidlig intervensjon. Flere med mindre plager kvalifiserer nå til diagnosene (Roksund 2011).

*«Miljøbevegelsen er opptatt av mangfold i naturen. Mangfold i flora og fauna. Moderne vestlig medisin sammen med legemiddelindustrien sørger for en motsatt utvikling for oss mennesker. Ved det minste avvik fra gjennomsnittet, stilles medisinske diagnoser (Roksund 2011:1)»*

I diagnosesystemet DSM-5 som blir det nye etter oppdateringen av DSM-4 sier Evang (2011) at forståelsesmåten vris mot det rent biologiske og dette er en viktig kamp om definisjonsmakt over hvilke verdier vi legger til grunn. Globalt vil psykiatrien også bli påvirket (ibid).

I «Barndommens bølgedal» av Journalist Lena Lindgren i Morgenbladet, 2. september 2011, refererer hun også til Frances Allen<sup>48</sup> som ledet arbeidsgruppen som står bak DSM<sup>49</sup> IV. Han uttaler at han og hans kolleger hadde bidratt til å skape tre falske «epidemier»: ADHD, autisme og bipolar tendens (Lindgren 2011). Arne Olav L. Hageberg viser også til Allen i en reportasje i Tidsskrift for Norsk Psykologiforening fordi Frances Allen uttrykte at de i sitt arbeid med DSM-IV gjorde feil som fikk fryktelige konsekvenser (Hageberg 2011). Han viser til at diagnoser som autisme, ADHD og bipolare lidelser har økt veldig i antall, og at utarbeidelsen av DSM-IV utilsiktet la til rette for denne utviklingen. Samtidig påpeker han at de via diagnosemanualen bygde opp under den økende tendensen i samfunnet til å fortolke normale livsproblemer som psykiske lidelser, og at de kan behandles med medisiner. I samme artikkel uttrykker han skepsis til arbeidet med DSM-V fordi denne manualen fokuserer på risiko og dermed kan mange nye unge få diagnoser og bli medisinert. Her kan man se at arbeidet med diagnosemanualer og hva som blir definert som normaladferd blir snevret inn og man kan si som Til Wykes<sup>50</sup> ved Kings College London: “*Normalitetsdammen krympar til ein liten pytt*” (Hageberg 2011).

Det er også forventet at en ny DSM –V vil påvirke WHO`s sitt system ICD<sup>51</sup> 10, fordi det er ønsket økt tilpasning fra begge leire (Hageberg 2011), faktisk forventes en sammenslåing av de to systemene i løpet av 20 år (ibid). Psykolog Torgersen var med å utviklet ICD -9 i sin tid

---

<sup>48</sup> Amerikansk psykiater

<sup>49</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders (bibelen for psykiatriske diagnoser) (Hageberg 2011)

<sup>50</sup> Professor of Clinical Psychology and Rehabilitation at King's College London and Director of the NIHR Mental Health Research

<sup>51</sup> WHO sitt diagnose system for psykiske lidelser

og de smuglet inn alt de kunne fra DSM III overalt hvor det lot seg gjøre forteller han <sup>52</sup> (Hageberg 2011).

Diagnosemanualene har såpass sterk innflytelse som verktøy i fastsettelsen av psykiatriske diagnoser, og derfor vil det være veldig viktig hva man finner i en slik manual. Glasset i «brillene» til legen vil bli påvirket av diagnosemanualen og vil ha stor betydning for en klinikers praksis. Antagelig vil den nye DSM manualen påvirke antall satte diagnoser slik også Allen forfekter. Da kan man si at styringsdokumenter i stor grad påvirker en medikaliseringsprosess og at det er viktig hvilket budskap en slik manual har. Nettopp fordi disse styringsmanualene legger føringer på de som setter diagnosene. Mennesket blir til slutt berørt av dette fordi man får tildelt diagnoser basert på defineringer som er i DSM-systemet og som spesialistene følger. Her ser man konsekvenser av at de med definisjonsmakt lager utredningsdokumenter som vil konstruere nye tilstander/ sosiale problemer/ sykdommer for menneskeheten.

Også jamfør Järvinen (1998) som viser til Foucault sitt begrep om kunnskap og makt. De med makt konstruerer her en diagnosemanual som igjen blir et redskap for psykiatere og andre leger som skal diagnostisere mennesker.

I forlengelsen av diagnosemanualer som fastsetter hvilke symptomer som skal linkes til hver enkelt diagnose, kan det bli snakk om at man får medisiner for sin diagnose, som her sin ADHD-diagnose. Her kommer legemiddelindustrien på banen. Og neste kapittel vil omhandle nettopp legemiddelindustrien og dens interesser.

---

<sup>52</sup> I den forbindelse kan man si at: ” *The present political and law enforcement focus reveals the global export of a distinctly US concept* Aas, Katja Franko (2007): *Globalization & crime*. London: Sage Publications.. Nettopp fordi man ser at ICD systemet blir påvirket av DSM- systemet<sup>52</sup> og får tilsvarende diagnoser.

## 8 Legemiddelindustrien

I dette avsnittet vil det bli tatt fram eksempler som kan belyse hvilken rolle legemiddelfirmaene kan ha i forhold til leger og deres forskrivning og behandling av sykdommer. Har legemiddelindustrien en tilknytning til leger som kan påvirke forskrivning av ADHD-midler? Kan legens briller ta farge av legemiddelindustriens rolle i markedet?

Over 30 år tilbake i tid gikk lederen for et av verdens best kjente legemiddelfirma, Merck, ut med noen særdeles ærlige kommentarer. Hans sorg var at selskapets hovedmarked hadde blitt begrenset til syke mennesker, noe han stod fram og fortalte i Fortune Magazine (Moynihan og Cassels 2005). Administrerende direktør den gangen sa at hans drøm lenge hadde vært å kunne lage medisiner for friske mennesker (ibid). Dette fordi Merck da kunne bli i stand til å «sell to everyone». Tre ti-år senere gikk drømmen til direktøren i oppfyllelse:

*« The marketing strategies of the world's biggest drug companies now aggressively target the healthy and the well. The ups and downs of daily life have become mental disorders, common complaints are transformed into frightening conditions, and more and more ordinary people are turned into patients. With promotional campaigns that exploit our deepest fears of death, decay, and disease, the \$500 billion pharmaceutical industry is literally changing what it means to be human. Rightly rewarded for saving life and reducing suffering, the global drug giants are no longer content selling medicines only to the ill. Because as Wall Street knows well, there's a lot of money to be made telling healthy people they're sick.(...)The epicenter of this selling is of course the United States, home to many of the world's largest pharmaceutical companies, and the stage on which most of the action in this book takes place. With less than 5 percent of the world's population, the U.S already makes up almost 50 percent of the global market in prescription drugs » (Moynihan og Cassels 2005: IX-XI).*

Sitatet er hentet fra Moynihan og Cassels bok: «Selling Sickness» og den forteller hvordan legemiddelfirmaer lager og markedsfører sykdom. Historiene er stort sett fra USA som det blir presisert i sitatet, men det kan gi grobunn for noen refleksjoner om hvordan legemiddelindustrien tenker. Tross alt er mange av avdelingene til de store legemiddelfirmaene også lokalisert i Norge. Eksempelvis Merck, (kjent utenfor USA og Canada som MSD<sup>53</sup>), som det ble referert til tidligere i teksten, har kontorer over hele verden. Lokalisert i blant annet land som Japan, Israel, Thailand, Danmark og også lille Norge.

Legemiddelindustrien har økonomiske interesser av å øke etterspørselen etter sine produkter og dermed arbeider de mot å øke sin profitt som andre industrier (Lian 2006). I kampen om

---

<sup>53</sup> <http://www.merck.com/index.html>

profittøkning sier Lian (2006) har de inngått samarbeid med både massemedia, leger, pasientorganisasjoner, forskere m. fl. Samarbeidet er så tett at det har:

*«(...) visket ut grensen mellom markedsføring og informasjon (Høye og Hjortdal 2002), mellom markedsføring og forskning (Straand 2002), og mellom markedsføring og utdanning (industrien finansierer etterutdanning for leger). En måte legemiddelindustrien prøver å utvide sine markeder på er å forme den måten leger og folk flest tenker om helse og sykdom på, og endre deres innstilling til behandling av tilstander som hittil ikke er definert som sykdom. Dette dreier seg altså på en måte om å selge sykdom (Westin 2002). Eller kanskje er det drømmen om et bedre liv de selger? Strategien deres går blant annet ut på å definere naturlige prosesser og mindre alvorlige plager som sykdom(...) definere personlige eller sosiale problemer som medisinske, definere risiko som en sykdom, eller å få et medisinsk problem til å virke mest mulig utbredt»(Lian 2006:75-76).*

Følgende strategibeskrivelse er beskrevet i det farmasøytiske markedsføringstidsskriftet *Pharmaceutical Marketing* og sier følgende:

*«I en innledende periode av markedsføringen er målet å «skape et behov» for det nye medikamentet i befolkningen og å «skape ønsket» hos legen til å forskrive det» (Lian 2006:76).*

Arbeidsmetodene til industrien er godt gjennomtenkte og innrettet mot leger samt folk flest (ibid). Medikalisering beskriver Lian videre er en kompleks prosess der ulike aktører og faktorer inkludert også legemiddelindustrien virker i samme retning. Aktørene står sammen om å gjøre noe medisinsk, men har samtidig ulike motiver i forhold til nye diagnoser:

*«Legen trenger diagnosene for å relatere individuelle tilfeller til generelle klassifiseringer, legemiddelindustrien trenger dem for å få inntekter, helseinstitusjonene trenger dem for å dokumentere sin aktivitet og dermed få inntekter, mens pasientene trenger dem for å legitimere sin tilstand» (Lian 2006:76).*

Lian tar frem eksemplet om det å omdefinere en tilstand som sjenanse, fra personlighetstrekk til et medisinsk begrep og diagnose, sosial fobi. Det ble hevdet at tilstanden hadde biologiske årsaker og medisinsk kur. Med Legemiddelindustrien i spissen var det dermed skapt en ny behandlingstrengende tilstand som også skaper arbeidsoppgaver for helsetjenesten (Lane 2007, Lian 2006).

Evang (2011) nevner også legemiddelindustrien som aktør i forbindelse med interessekonflikter når man publiserer artikler som forfatter i vitenskapelige tidsskrifter. Han sier at det har blitt mer vanlig å opplyse om eventuelle økonomiske forbindelser til



legemiddelindustrien. Det interessante her sier Evang (2011) er at de som skal oppgradere DSM systemet synes å være unntatt fra denne vurderingen:

*«For noen år siden ble det dokumentert (Cosgrove 2006) at en betydelig andel av de 170 medlemmene i de ulike DSM-utvalgene hadde økonomiske bånd til legemiddelindustrien. I de to mest sentrale utvalgene, den for psykosespekteret og den for depresjonsspekteret, gjaldt det 100 prosent av medlemmene. Den mektige legemiddelindustrien støtter opp under den dreiningen i rent biologisk retning som har funnet sted i amerikansk psykiatri den siste tiden. De er interessert i at flest mulig mennesker, over lengst mulig tid, bruker medikamenter. Diagnoseforslagene er nå ute til testing. Ulempen er bare at det er de samme utvalgene som skal ta den endelige vurderingen. Diagnoser har fordeler og ulemper. Vi trenger dem, men forslaget om inflasjon i diagnoser er skadelig, og innbyr til nedvurdering av psykiatri som helhet» (Evang 2011).*

Evang sine poenger kan tolkes i retning av at legemiddelindustrien kan ha en skjult finger med i spillet idet de har tilhørighet med mange av de som utvikler DSM manualen som er «diagnosebibelen» for USA. Som artikkelen til Evang tar opp er det DSM- utvalget som til syvende og sist slutt-evaluerer eget arbeid og det betyr at de bestemmer sluttresultatet.

Liverød (2010) sier også noe om Psykiatrien og dens tilknytning til legemiddelindustrien:

*«Dersom man vil ta temperaturen på psykiatriens status i Europa, bør man delta på «World Congress of Psychiatry» som i 2008 ble avholdt i Praha. Her er det helt åpenbart at psykiatrien som felt står i en særdeles tett allianse med psykofarmakologiske selskaper hvor de økonomiske interessene selvfølgelig veier tungt. Medisinfirmaenes økonomiske muskler er de som løfter mye av forskningen på feltet, noe som får enorme konsekvenser for sykehusenes behandling av mennesker med psykiske lidelser. Disse forholdene gjør at psykiatrien tenderer til å forstå den menneskelige bevissthet innenfor biologiske og nevrologiske rammer. Her nærmer vi oss en slags klinisk identitetsteori som lyder slik: Bevisstheten er det neurale systemet, hvor problemer i førstnevnte skyldes en ubalanse i sistnevnte, og denne ubalansen kan vi korrigere med medikamenter. «Ja men hva med følelsene og tankene mine,» roper psykologen fortvilet på kongressen i Praha. «Kan medisinen endre tankene mine også? Kan man ikke endre seg ved å arbeide med holdninger, perspektiver og innsikt?» (Liverød 2010:1-2).*

Moynihan og Cassels (2005) kommenterer også psykiatriens nære relasjon til den farmasøytiske industri/legemiddelindustrien i det de sier at:

*“Psychiatry’s intimate relationship with the pharmaceutical industry has become notorious. When the former New England Journal of Medicine editor Dr. Marcia Angell published her famous editorial “Is Academic Medicine for Sale?”, it was this*

*group of specialists that she chose to illustrate her point. She wrote that when journal staff were searching for an experienced and independent psychiatrist to write a review article about antidepressants, they had great difficulty finding one, because only "very few" in the entire United States were free of financial ties to the drug makers. The psychiatrists' industry-sponsored annual congress has similarly become legendary. In 2004, drug companies paid around two thousand dollars for each tiny ten-foot by ten-foot square of real estate in the gargantuan exhibit hall. But not only did companies pay for space for their stalls, they actually sponsored over fifty scientific sessions throughout the weeklong congress."*(Moynihan og Cassels 2005:26)

En artikkel i tidsskrift for den norske legeforeningen tar opp nettopp samhandlingen mellom legene og legemiddelindustrien (Stavdal og Fosse 2004).

*«Leger har nøkkelposisjon som veileder og hjelper for mennesker i faser med økt sårbarhet. Dette gjør legene interessante for kommersielle aktører som har maksimering av økonomisk gevinst som mål. Gjennom sine valg, særlig i klinisk virksomhet, forvalter legene store summer på vegne av samfunnet. For å påvirke deres valg og disposisjoner forsøker legemiddelindustrien å knytte faglige og personlige kontakter. I bytte mot betalte reiser til faglige kongresser og honorarer for konsulenttjenester og foredrag utvikler legene en lojalitetsfølelse overfor produsent og produkter. Mange leger aksepterer denne samhandlingen fordi de får kontakt med attraktive faglige miljøer og slik holder seg faglig oppdatert, og norsk medisin får verdifulle faglige innspill. Bare unntaksvis vil legene være seg bevisst at deres medisinske råd og beslutninger blir styrt av en slik påvirkning. Tvert imot vil mange benekte at de lar seg påvirke eller bestikke. Det er imidlertid godt dokumentert at firmaene lykkes i denne type markedsføring. I enhver kultur eksisterer det koder for hvilken forpliktelse utveksling av gaver medfører. Alle typer gaver forplikter, slik bl. a sosiologen Pierre Bourdieu har påvist. Vi leger er selvfølgelig ikke hevet over slike generelle sosiale fenomener»* (Stavdal og Fosse 2004:1370)

Omkostningene som legemiddelfirmaene har i forbindelse med markedsføring av legemidler i Norge synes å kunne anslås til 500 millioner i året (Statens-legemiddelverk 2003). Og hva innebærer så markedsføring av legemidler, hvilke tiltak? Tiltak det dreier seg om kan være alt fra møter med helsepersonell enkeltvis, til kveldsmøter, utenlandsreiser som innebærer rene firmaturer og delvis vitenskapelige kongresser. Samt støtte til organisasjoner som eksempelvis pasientorganisasjoner (Ibid). Noe av konklusjonen til rapporten var at:

*Svakheter i systemet i dag er utilfredsstillende oversikt og bevissthet hos aktørene. Legemiddelverkets undersøkelse viste for eksempel at de færreste sykehus har egne regler for samarbeid mellom ansatte og legemiddelindustri, samtidig som medlemmer av legemiddelkomiteer ikke må oppgi eventuelle relasjoner til industrien. Gjennomgang av rapportering fra legemiddelfirmaene til Rådet avslørte betydelige variasjoner i rapporteringsmåte og rapporteringsfrekvens. Økt åpenhet vil bidra til at*

*regelbrudd blir synlige og forebygge uheldige markedsføringspraksis. (Statens-  
legemiddelverk 2003).*

Oppsummeringsvis kan man se at industrien synes å ha et tett forhold til leger og/eller psykiatrien og at kurs og etterutdanningen for mange er bekostet av legemiddelindustrien. På mange måter kan vi da si at det foregår en ubevisst påvirkning mot den biologiske forståelsen, fordi som også Lunde har påpekt man får grundig undervisning i den medisinske biten på legestudiet i hvordan ADHD-barn kan få en enklere hverdag med ADHD-medisin, mens den bio-psykososiale delen uteble (Lunde 2011). Legemiddelindustrien kan sies å ha en framtreddende rolle i forhold til legen fordi de er med på å farge «brillene» legen ser den viltre barneadfærd gjennom. Ved at de markedsfører sine legemidler som et god løsning på barnas problemer vil de kunne påvirke hvordan legen velger å tilnærme seg adferd.

Stavdal og Fosse (2004) påpeker at mange leger vil benekte at de er styrt av påvirkning fra legemiddelindustrien, og det vises til Bourdieu som sier at alle typer gaver forplikter. Mange leger vil trolig ikke være bevisst at de blir påvirket, men ubevisst vil det antagelig være tilfelle i ganske stort omfang (Ibid). Brillerglasset til legen vil antagelig være farget i legemidlenes favør om man som lege har et tett forhold til legemiddelindustrien, selv om dette ikke nødvendigvis er bevisst fra legens ståsted.

Dette vil også kunne gjelde biologimodellen som frontes for diagnosen ADHD, og at det for mange da er ensbetydende med at medisiner vil være den riktige behandlingen. I forhold til den tilknytning Evang nevnte angående DSM tilvirkerne og legemiddelindustrien kan kanskje den relasjonen være skadelig, fordi hvis man i utgangspunktet har mange oppdrag for legemiddelindustrien kan man kanskje ubevisst velge å ha en positiv holdning til flere diagnoser, og biologiske forklaringsmodeller som fordrer til medisinbruk?

## 9 Refleksjoner rundt diagnosen ADHD

Omgivelsene rundt barnet kan sees som en kortstokk, og man kan tenke seg at de ulike kortene er formet ut fra hvilke briller de har på seg og på hvilken måte deres brilleglass er farget. Hvilke ”kort” får barnet tildelt rundt seg? Er det ess eller er det toere? Og hvilken betydning har de kort barnet blir tildelt for hvordan framtiden blir, blir deres personlige uttrykk klassifisert som et medisinsk anliggende? Hvilke kort er de som sitter med definisjonsmakten? Hvilke kort velger å medikalisere et barns egenskaper? Hvilken menneskeforståelse innehar styringsdokumenter og de fleste psykiatriske DPS’ er? De ulike kortene som befinner seg innenfor barnets rekkevidde kan ha betydning for om barnet får en diagnose som ADHD, eller om de blir sett på som flotte mennesker med unike egenskaper som kan brukes som en ressurs for livet. Det øyet som ser gjennom de ulike ”brilleglass” og de kortene barnet får utdelt er med på å forme barnet til det subjekt de blir i sitt liv.

Det er mange forståelser av ADHD- diagnosen, denne oppgaven har belyst noen av de meningene som verserer på feltet blant psykologer, psykiatere, leger, pedagoger m. fl. Og i løpet av oppgaven har vi sett litt av det utsyn noen av profesjonene har gjennom sine «briller». Men det finnes varianter av forståelsesmåtene også innad i profesjonene antagelig alt etter hvilken fagfordypning vedkommende har. I løpet av oppgaven har det også blitt vist at psykologer også kan se ADHD diagnosen gjennom en biomedisinsk forståelse som psykolog Øgrim og psykolog Sagvolden jamfør kapittel 4 om forståelsene av ADHD. Samtidig finnes det leger som etterspør større fokus på at pasientens tilstand må forstås i en større kontekst som Charlotte Lunde. Så alt i alt kan man ikke nødvendigvis knytte de ulike diskursene helt fast til faggrupper.

### **Biomedisinsk og sosialkonstruktivistisk**

Kort sagt kan diskusjonen rundt ADHD-diagnosen deles inn i to bolker. En biomedisinsk forståelse som relaterer ADHD-diagnosen til biologiske avvik knyttet til hjernens funksjon eller anatomi, altså noe som er lokalisert inni mennesket. Vi får et individorientert determinert fokus på diagnosen. Ut fra dette perspektivet kan medisiner ofte være det legene tyr til slik at barnet lettere kan konsentrere seg om oppgaver og undervisning i skolen. Barnet får slik legen ser det symptomlindring. I en biomedisinsk kontekst kan man tenke seg at barnet blir definert

som avviker og dette kan relateres til Foucault og hans diskusjon om forming av subjekter og maktformer som knyttes til viten.

Når barnet møter medisinsk kunnskap og apparatet denne viten er en del av, fordi man har en utfordring, som her hvor man snakker om den viltre og rastløse gutten, vil sjansen for at barnet kan få en diagnose være tilstede. Man kan si at:

*«på den måten er maktformer knyttet til vitensformer og til subjektiveringspraksiser»  
(Ugelvik 2011:102)*

Legen innehar kunnskap og defineringsrett i kraft av sin rolle og kan bruke sin kunnskap som en form for «makt» ovenfor barnet som blir brakt til legen av sine foreldre. «Makten» i legebesøket kan man tenke seg går ut på at barnet får en ADHD-diagnose av legen, selv om han selv ikke nødvendigvis opplever seg selv som syk, sjansen for at diagnosen oppheves fordi barnet sier at han er frisk er liten på grunn av maktbalansen. I en biomedisinsk forståelse blir barnet fortalt at han har et avvik i hjernen som forårsaker den urolige oppførselen.

Ugelvik snakker ikke om pasienter i sin bok, men om at fengselet skaper fanger. I dette tilfellet kan man tenke seg at legen skaper pasienter som får diagnoser, som også vil gi seg utslag i personens identitet fordi diagnosen kan utgjøre en del av selvforståelsen.

Makt i medisinsk forstand er noe annerledes enn maktperspektivet i fengselsøymed, fordi man i fengsel er fysisk innesperret med låste dører, men likevel kan man si at med den kunnskapen legen innehar har han en mer skjult makt som innebærer at han kan definere noen som syke eller normale. Man blir tildelt en merkelapp, syk og det er med på å forme mennesket til å bli den de er:

*«I et foucauldiansk perspektiv er det å ha blitt et subjekt å holde bestemte ting som sant om seg selv, det vil si å oppleve seg selv på en bestemt måte gjennom å ha funnet frem til bestemte former for viten om seg selv. I en vestlig kontekst er det sentralt at den moderne viljen til sannhet som Foucault (1999b,2003) beskriver, har forsøkt å identifisere og avgrense ulike former for avvik og regelbrudd som et verktøy i normalitetsskapning. Subjektet er et produkt av et møte mellom et individ og diskurser, institusjoner, maktrelasjoner og vitenspraksiser som produserer sannhet. I møte med slike praksiser identifiseres det unormale individet, samtidig som alle andre dyttes i retning av normalitet»(Ugelvik 2011:108).*

Dette sitatet understreker betydningen av subjektets forming i det man holder bestemte ting som sant om seg selv, og dets møte med vitenspraksiser og diskurser, akkurat som her hvor man overfører den viltre adferden til en medisinsk diskurs og barnet blir fortalt at deres adferd er unormal og relatert til avvik i hjernen.

Hvilke tanker hadde Foucault om subjektet og formingen av det? Foucault sitt mål med arbeidet har vært å lage historier av de ulike måtene som mennesket blir til subjekter i vår kultur heller enn å analysere fenomenet makt (Foucault 1982). I relasjon til diagnosen ADHD i forbindelse med barn, kan man tenke seg at man kan relatere diagnoseprosessen til en av Foucault' s «analyseprosjekter» av subjektiveringsprosesser og som han kaller

*«(...)dividing practices. The subject is either divided inside himself or divided from others. This process objectivizes him.(Foucault 1982:777-778).*

Det vil si praksiser som gjør at subjektet blir objektivert som likt eller forskjellig fra noe annet. Det Foucault nevner som eksempel på objektiviseringsprosesser er: (...) *the mad and the sane, the sick and the healthy, the criminals and the «good boys»*(Foucault 1982). Subjektet blir objektivert som syk: «du har en ADHD-diagnose» og vil se som her sin adferd i skolesammenheng og andre sammenhenger som avvikende fordi han blir definert ut fra normalen etter definering av de rundt barnet, mens han på andre arenaer som i svømmehallen jamfør svømmeren Phelps, kan være høyst velfungerende (divided inside himself).

Ugelvik (2011) knytter denne prosessen til normalitetssystemer og at subjektet da er koblet til en norm/sannhetsregimer, i min sammenheng hva er unormal urolig adferd? Og hvordan får «normalitet» og «normalisering» innvirkning, ikke bare på de som er unormale, men også på de normale. Fellestrekk om emnet subjekt er at subjektet blir til i møtet mellom individer, teknologier og praksiser og at det i disse møtene utvinnes viten om individet. Samt at subjektet formes ved at individet må forholde seg til de ulike sannhetsspill som de kobles opp mot (Ugelvik 2011).

Hvis man tenker ut fra et biomedisinsk perspektiv kan man se at barnet på mange måter ikke får utfolde sitt fulle potensiale fordi de blir medisinerert til konsentrasjon og stillhet, og kanskje får de ikke tatt i bruk sine kreative- eller andre spesielle ressurser. Barnet blir fortalt at feilen er inni dem. En biologisk defekt og dette tenker jeg kan virke determinerende.

Det andre hovedfokuset er en sosialkonstruktivistisk måte å se ADHD-diagnosen på. Det innebærer at diagnosen relateres til samfunnet, kulturen og miljøet rundt barnet. Når man kaller det sosialkonstruktivistisk er det ikke slik at man forkaster at utfordringer finnes for barn. At ingen barn sliter med utfordringen det er å være urolig og ikke klare å konsentrere seg på skolen. Nei man tenker seg heller at omgivelsene rundt barnet er med på å skape disse

utfordringene for barnet. Her tenkes det mer i flerfasettforståelse og mye forskjellig kan relateres til den urolige adferden.

I lys av denne fortolkningen kan man tenke seg at barnet får forståelsen av at mange årsaker kan spille inn, og viktigst ”feilen” blir ikke nødvendigvis lokalisert inni barnet. For et barns utvikling kan man tenke seg at dette er en bedre vinkling, at det faktisk kan skje endringer, barnet blir ikke den det er noe endelig ”feil” ved. I forhold til utvikling av barnets eget selv, som kan kalles subjektposisjon i ånden til Foucault (Foucault 1982) vil nok en flerfasettsforståelse være en mer positiv posisjon for barnets fremtid.

Ved en biologisk årsaksforklaring kan barnet føle seg splittet fordi det blir fortalt at det er noe ”feil” ved deg og du må gå på medisiner sånn at du kan fungere best mulig. Noen barn identifiserte seg også helt med sin diagnose og ble sin diagnose jamfør kapitlet om barns forståelse. Ved en forståelse som legger årsaken utenfor barnet som formet av samfunnet, kulturen og miljøet rundt barnet kan man tenke seg at barnets situasjon føles annerledes. Subjektposisjonen blir ikke i samme grad objektivert og preget av determinisme. Det Foucault kaller objektiviseringsprosesser kan man tenke seg slår kraftigst ut ved en biomedisinsk årsaksforklaring fordi barnet ved at de får forklart at utfordringene bunner i hjerneorganisatoriske feil vil kunne føle mer hjelpeløshet i forholdt til det å kunne selv gjøre noe for å bli symptomfri. Psykologene Nielsen og Jørgensen i kap 4.3.3 viser til denne problematikken idet de sier at barnet ved å få en diagnose blir til en det er synd på. Og hvis det skulle gå skeis i livet til barnet kan verken barnet eller foreldrene klandres. Dermed synes de man mister blikket for at utfordringene kan ligge i samtidskulturen og de sosiale institusjonene som skolen.

En lege med en biomedisinsk bakgrunn og som medisinerer adferden kan tenkes å være et dårligere kort for barnet enn om han møter på psykologer som Nielsen og Jørgensen som ønsker å se diagnosen ADHD i en bredere kontekst fordi barnet kan føle større handlingsrom i møte med de psykologene.

Et tiltak i form av medisinerer som skal føre til en best mulig hverdag for barnet med ADHD-diagnose og for skolen, kan heller tenkes å gjøre ting verre, fordi barnet da ikke ser at det har mulighet til endring. Eller rett og slett forstår at han har andre kreative talenter som krever hans energinivå, og som ikke verdsettes i dagens stillesittende skole. Noe som medfører at skolehverdagen ikke er det som er best egnet som for svømmeren Phelps.

## Skolen

Hvordan ser så skolen på den viltre adferden? Urolig adferd kan man tenke seg er uforenelig med en stillesittende skolehverdag. I utgangspunktet er det stramme rammer innenfor klasserommet og det er personavhengig hvordan ledelsen i en klasse gjennomføres noe som også Haugrønningen sa. Sjansene for at et veldig urolig barn kan risikere å bli henvist videre til diagnosefastsettelse er ganske stor. Professor Nordahl sier i kapittel 4.3.3 at han opplever at skolen og rektorene presser foreldrene til å få satt en diagnose på barna, fordi uten diagnoser er det ingen hjelp å få.

Videre blir det tatt med en historie som Neumann fortalte under vår samtale for å belyse hvordan en skolehverdag kan arte seg for et barn som er urolig. Alt startet med at det var en sjetteklassing som utfordret Neumann voldsomt, med ufordragelighet, opposisjon og rampethet. Neumann skulle til å sende han ut på gangen, og da sammen med en lærer, aldri alene. Men hun var opptatt av at de skulle komme fortest mulig inn igjen, når gutten hadde roet seg ned. Men akkurat i det tilfellet fikk hun en fornemmelse av at hun skulle bli med han ut og det gjorde hun:

*«Så ble jeg med han ut. Så fortsatte han å sparke litt og sånn, men han sparka ikke meg, men han sparka i benker og sånn. «Bare kjeft du, jeg er vant til å få kjeft jeg er vant til å få kjeft på skolen, jeg er vant til å få kjeft hjemme. Så bare fortsett det gjør ikke meg noen ting». Så gikk jeg bort og så klappa han på kinnet. Så sa jeg; jeg har ikke lyst til å kjeft, jeg tror ikke på kjefting. Jeg har lyst til å bli kjent med deg. Jeg tror ikke at det er sånn du behøver å oppføre deg, sånn som du gjør nå. Nå går vi inn igjen, og du sitter ved siden av meg. Så skal jeg bare dytte borti deg hvis det er noe. Så snakker vi sammen siden i dag.*

*Det var nok til at han hadde ikke (...) et eneste tilløp til å ødelegge ringen. Men jeg hadde mange samtaler med han, og jeg vet litt om han etterpå, men det er egentlig utenfor det jeg kan snakke om. Men det ble gjennombrudd i forhold til hans måte, og i forhold til den måten skolen taklet det på. Istedenfor å sende ut, og til rektor, så ble de med ut og spurte hva gjør vi for noe (...). Så gi støtte istedenfor å straffe og sette i gapestokk».(Intervju med Brit Neumann 2012).*

Tolkningen her kan være at eleven alltid er vant med å få kjeft og bli sendt ut av klassen på grunn av forstyrrelser. Han er så vant med det at han ikke gidder å høre etter hva de voksne sier til han. Kanskje føler han at uansett hva han gjør blir det feil? Men her opptrer Brit som den lederen hun er, som et ess, og møter eleven på en annen måte, med respekt og eleven faller til ro. Hun sier fra at den oppførselen er ikke grei, men jeg skal hjelpe deg og jeg dytter borti deg om det er noe, så snakker vi etterpå. Hun opptrådte støttende istedenfor straffende,



og eleven viser tegn til endring og ødela ikke mer for ringen så lenge Neumann var der. Hun har en annen måte å tilnærme seg utfordringer på enn majoriteten av skoler har tenker jeg. Barnet blir da mye mer et handlende subjekt, og ikke bare et «kjefte-objekt» som man kanskje også ønsker å tildele en diagnose fordi eleven blir et forstyrrende uromoment. De får delta i egen prosess som kanskje fører til bedring i skolehverdagen.

Barnet får bli med i prosessen som et handlende subjekt, og de som er i risikozonen for å bli definert med diagnosen ADHD, innehar kanskje ikke alltid egenskaper som egner seg best til å sitte stille på skolebenken. Neumann og Ulvehøj tenker jeg kan være eksempler på sanne ess i skolesammenheng. I deres ånd får barnet være den de er, samtidig med at det også stilles krav. I tilfellet Ulvehøj så fokuserer han på de sterke egenskapene barnet innehar, og det viser seg da at det på sikt skaper vekst også på de områdene som barnet ikke er noe naturtalent i (Ulvehøj 2008). Naturlig nok fordi de føler mestring på det de er gode på, og da kommer det andre litt etter hvert.

Neumann setter selvverdet høyt, og er ikke glad for ekskludering, det anser hun som farlig så hun i vår samtale. Hun lager lette retningslinjer for barna i trygg-ringene og hun er opptatt av at barnet skal føle trygghet og bygge opp selvverdet sitt, da vil det kunne ta ut sitt potensiale og kanskje tre ut av en rolle som "bølla" i klassen og oppleve vekst. Fokuset blir dratt vekk fra det man mestrer dårlig, og da blir også fokuset for barnet annerledes idet de ser at, « jeg kan noe jeg også, jeg duger»! De ting som ikke er greit for omgivelsene tar Neumann tak i på en god måte, og hjelper barnet til å ta tak i egne uvaner, og det gjør hun på en måte som får barnet til å føle seg trygg og ivaretatt. Noen skoler ekskluderer kanskje barna som ikke tilpasser seg, sender ut til rektor, forviser ut på gangen, noe dette utsagnet kan vitne om, resultatet kan da bli at skolen blir en «toer» for eleven og forverrer situasjonen ytterligere fordi de får en diagnose i forlengelsen av sin oppførsel. Ubevisst kan barnet da leve opp til sin diagnose.

Og man kan si at i en skolesituasjon er det selve settingen rundt som gjør at personen risikerer å få et stigma, akkurat som gutten som fortalte Neumann og klassen sin om klumpen med pigger på:

*«stigma involves not so much a set of concrete individuals who can be separated into two piles, the stigmatized and the normal, as a pervasive two role social process in which every individual participate in both roles, at least in some connexions and in some phases of life. The normal and the stigmatized are not persons but rather perspectives (Goffman 1990) .*

I en skolesituasjon hvor ADHD-adferd blir ekstra synlig er det eksempelvis veldig opp til læreren hvordan dette vil slå ut for eleven og hvem som blir ansett som normal og hvem som er unormal.

## **Foreldrene**

Noen foreldre viste lettelse ifølge doktorgraden til Olsvold og spesielt mødrene fra arbeiderklassen følte seg mer stigmatisert selv før diagnosen på barnet forelå, enn etter. I mødrenes fortellinger fra arbeiderklassen var det mange som ikke følte seg bra nok i møtet med skolen, de andre foreldrene mm. Grunnen til denne lettelsen kan legges til den årsaken som medisinen tillegger diagnosen nemlig at det er en «feil» inni barnet som fører til vanskelighetene, faren er da at man ikke også tar omgivelsene og andre årsaker inn over seg. Barnets symptom kan hende vil fortelle noe. Dette er det kortet som kan telle aller mest for barnet på om det får en diagnose som ADHD eller ikke, setter foreldrene seg imot en diagnose og ikke ønsker utredning kan barnet unngå å få sin urolige adferd tolket inn i den medisinske diskurs. Samtidig er det forståelig at foreldrene bøyer seg for den kompetansen som både læreren har på barn generelt, og den kompetansen legen i siste instans har på diagnoser. Igjen går det ut på det som Foucault beskriver som kunnskap og makt. At de som har definisjonsrett sitter med mest makt. Det med kunnskapsheving og opplysning fra legen burde være et krav slik at foreldrene er klar over hva de inngir seg på når de får barnet sitt diagnostisert. Enda mer forsterket blir makten og kunnskapen forankret idet våre ledere innenfor helse, helsedirektoratet også i sin Veileder hevder at ADHD-diagnosen har en biologisk årsak relatert til inni barnet.

Nettopp dette er det Lian presiserer i sitt sitat vedrørende medikalisering:

*«En dominerende side ved medikaliseringen er at medisinen i større grad inngår som en form for samfunnsmessig reaksjon på avvik. Man kan si at medisinerne kan forveksle konformitet og helse i den forstand at de tolker avvik som et utslag av patologi og definerer det som en medisinsk tilstand» (Lian 2006)*

Svømmeren Phelps (Coucheron 2012) tenker jeg hadde ess rundt seg i form av omsorgspersoner som forsto hva han trengte til å kanalisere sine energier og egenskaper til noe positivt. I hvert fall kan det se sånn ut i dag. I hans tilfelle var det trening og svømming som gjaldt, det var et felt han fikset fint og ble veldig dyktig på. Skolen likte han ikke så godt.

Under barns forståelse kom det fram at de følte en del ubehag i forbindelse med medisinen de tok. Olsvold sier at det kan ha sammenheng med at barna har vanskelig for å uttrykke sine plager til foreldrene eller at foreldrene har vanskelig med å fange plagene opp og relatere dem til medisinen. Samtidig nevner Olsvold at det muligens er underkommunisert vedrørende bivirkninger av sentralstimulerende fra legehåndhold.

Alle blikk/forståelser/vitenspraksiser som Ugelvik (2011) refererer til vil dermed i dette tilfelle «lage» et sannhetsspill som vil gi subjekt en norm for hvordan det bør forstå seg selv. Hva er normal adferd og oppførsel i følge aktørene? Og totalen ut fra alle stemmene vil dermed danne utfallet av om barnet blir definert som ADHD-barn eller ikke. Mange parter er involvert, og i barnets tilfelle vil jeg påstå at det er i mindre grad et handlende subjekt enn en voksen, fordi det er mindreårig. Barnet er i større grad avhengig av oss i sine omgivelser, som virkelig ser barnet og kan relatere den urolige adferden ikke bare til noe inni barnet, men kanskje også til omgivelsene rundt. Makt relasjonene som de voksne danner kan være vanskelige for barnet å stå imot. Spesielt vil deres lojalitet til foreldrene spille inn, samt at foreldrenes lojalitet til legen som fagperson også vil være avgjørende.

## 10 Til slutt

Erfaringer jeg tar med meg fra oppgaven er at jeg har opplevd motsetningsforhold i naturvitenskapelig forskning, som egentlig skal være basert på eksakt og vitenskapelige dokumentert viten. Slik som ADHD blir beskrevet er det mange innenfor den biomedisinske viten som relaterer diagnosen ADHD til nevrobiologi og avvik i hjernen. Men enda så har ingen klart å finne sikre tester eller bevis på denne tilstanden, så en diagnostisering foregår kun ved hjelp av vurderinger gjort på bakgrunn av skjemaer og uttalelser av personer rundt barnet.

Og det som virkelig er sikkert er at hvilken «briller» vi har på og hvilke glass som farger vårt utsyn har masse å si. Når det har gått mot medikalisering av væremåter og i dette tilfellet ADHD, så er det helt avgjørende hvilke forståelse som legges til grunn når man legger væremåter over i den medisinske diskurs. I dette tilfellet er den forståelsen som er «mainstream» den biologiskorienterte forståelsen (Olsvold 2012). Det kan medføre at barnet føler seg determinert av sin egen diagnose, fordi de kan få forståelsen av at dette er noe varig. Sentralstimulerende kan sikkert for mange lindre en del ubehag som det å være urolig og det å ikke klare å konsentrere seg i forbindelse med undervisning og skolearbeid, men bør det være veien å gå? Er det den eneste veien? Akkurat nå kan det virke som om dette er det vi som samfunn tilbyr i størst grad til de som sliter med uro og konsentrasjonsvansker. Men kan man gjøre det med god samvittighet når man i de senere år har fått kjennskap til epigenetikken som på mange vis forener det biologiske med det psykososiale?

I en medikaliseringskontekst kan man komme til å sette personlige egenskaper i bås og kategorisere mennesker, og det er viktig å få fram at vi bør bli flinkere til å verne om ulikhet. Samtidig bør vi være oss bevisst hvilken «brilleglass» vi tar i bruk i vår vurdering av andre mennesker. Vi er alle spesielle individer med spesielle egenskaper og interesser og det vil være trist om alle må passe inn i bestemte maler for å kunne delta i det offentlige samspill. Man må selvsagt ha enkelte spilleregler mennesker imellom, og enkelte retningslinjer å forholde oss til, men uansett må det være lov å være annerledes en majoriteten.

Og alle mennesker tar i bruk sine «briller» med sine innfargede «brilleglass» når vi ser på verden, og det store spørsmålet blir da hvilke «brilleglass» velger vi, og hvilke ordninger velger vi å plassere andre mennesker inn i. Denne oppgaven har belyst at vilter og ukonsentrert barneadfærd har kommet over i det medisinske system med de implikasjoner det

medfører. Framover bør vi tenke oss godt om, spesielt siden den rådende diskursen i dag rundt ADHD er biomedisinsk. Og dermed på et biologisk plan som kan virke determinerende. Barnet kan få inntrykk av at de er «sånn» (jamfør Olsvold), og dermed kan man forhindre vekst og utvikling av barnets iboende egenskaper. Epigenetikken kan muligens hjelpe oss i så måte ved at det biologiske, hvis det kan måles på noe vis, kan spores tilbake til traumer og hendelser som har påvirket barnet fra spedbarnsstadiet og oppover. Og heldigvis kan det innen epigenetikken skje endringer inni oss til det bedre, når betingelsene endres (jamfør Vogt 2011, Berg 2010).

Antall ord: 44 801

# Litteraturliste

- Aas, Katja Franko (2007): *Globalization & crime*. London: Sage Publications.
- Andersen, Barbro (2009): *Presses til å stille ADHD-diagnose*. [Lesedato: 03.10.2011]
- Andersson, Helle Wessel, m.fl. (2004): *SINTEF RAPPORT Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD*. SINTEF Helse.
- Andersson, Robert (2012): "A blessing in disguise - Attention deficit hyperactivity disorder diagnosis and Swedish correctional treatment policy in the twenty-first century". I: *Penal exceptionalism?: Nordic prison policy and practice*. Thomas Ugelvik og Jane Dullum (red.) London: Routledge.
- Andreassen, Kim E. (2010): *Nytt ADHD-gen funnet*.  
<[http://nyheter.uib.no/?modus=vis\\_nyhet&id=46451](http://nyheter.uib.no/?modus=vis_nyhet&id=46451)> [Lesedato: 19.10.2011]
- Berg, Eli (2010): *Sammenhenger. Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Biederman, Joseph (2005): "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A selective overview". I: *Biological Psychiatry*, vol. 57, nr. 11, 1215-1220.
- Bjorvatn, Pia Berger (2007): *ADHD som diagnose. En vurdering av ADHD diagnosens gyldighet og pålitelighet, og av det metateoretiske grunnlaget for diagnosen*. Kristiansand: Fakultet for pedagogikk, Høgskolen i Agder
- Brante, Thomas (2006): "Den nya psykiatrin: Exemplet ADHD". I: *Diagnosens makt : om kunskap, pengar och lidande*. Gunilla Hallerstedt (red.) Göteborg: Daidalos.
- Christie, Nils (1962): "Noen kriminalpolitiske særforholdsreglers sosiologi". I: *Som folk flest, artikler*. Nils Christie (red.) Tangen Trykk, Drammen: Universitetsforlaget/Christian Ejler`s forlag.
- Christie, Nils (1982): *Hvor tett et samfunn?* [Oslo]: Universitetsforl.
- Coucheron, Dag (2012): "ADHD-Phelps. Har svømmerens historie noe å si for rastløse norske gutter og jenter som behandles med ritalin?". I: *Dagbladet*, 07.08.2012:
- Dagsavisen*, 21.03.2011: 6-7: : "Foreldrene presses av skolen".
- Dagsavisen*, 28.02.2011: 10-11: "Syke barn var egentlig friske".
- Dullum, Jane (2007): "Psykiatri". I: *Kriminologi*. Liv Finstad og Cecilie høigård (red.) Oslo: Pax forlag.

- Eide-Midtsand, Nils (2010): "Problematferd som uttrykk for feilinnstillinger i hjernens stressresponssystem". I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 47, nr. 1098-1102.
- Eide-Midtsand, Nils (2011): "En traumatisert femårings terapiprosess sett i lys av nyere hjerneforskning". I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 48, nr. 144-149.
- Ekeland, Tor-Johan (2006): "Biologi som ideologi". I: *Vardøger*, 30(6), 65-84.
- Ekeland, Tor-Johan (2011): "Medikalisering - epistemologiske forutsetninger". I: *Psykologisering av sosiale problemer - Medikalisering av psykiske lidelser*. Arnulf Kolstad og Ragnfrid Kogstad (red.) Haugesund: Alpha Forlag.
- Elliott, Carl (2003): *Better than well: American medicine meets the American dream*. New York: W.W. Norton.
- Ericsson, Kjersti (2007): "Vitenskap og samfunn". I: *Kriminologi*. Liv Finstad og Cecilie Høigård (red.) Oslo: Pax Forlag.
- Evang, Anders (2011): "Kamp om definisjonsmakt". I: *Klassekampen*, Torsdag 24. november
- Fangen, Katrine (2004): *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforl.
- ADHD- Faktaark*. (2009) Folkehelseinstituttet (Faktaark)
- Foucault, Michel (1982): "The subject and power". I: *Critical inquiry*, vol. 8, nr. 4, 777-795.
- Foucault, Michel (2002): *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Frances, Allen (2010): "It's not too late to save 'normal'". I: *Los Angeles Times*, 01.03.2010:
- Giertsen, Hedda (2006): "Oppdelt i småbiter og satt sammen på nytt". I: *Materialisten*, vol. nr. 1, 23-45.
- Goffman, Erving (1990): *Stigma, Notes on the Management of Spoiled Identity*. England: Penguin Books Ltd
- Grønli, Kristin Straumsheim (2011): *Store ulikheter i ADHD-behandling*. <<http://www.forskning.no/artikler/2011/august/296476/print>> [Lesedato: 10.01.2012]
- Hageberg, Arne Olav L. (2011): "Diagnose: Kanskje sjuk om nokre år". I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. nr. 48, 354-363.
- Hagenes, Tove (2009): *Begavede barn i norsk grunnskole*. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Hauge, Kåre (2011): *"Skaper vi barn med diagnosen AD/HD?": hva er det som kan ha ført til en drastisk økning av AD/HD diagnoser og AD/HD medisiner i en norsk kontekst?* Trondheim: K. Hauge.

- Hauge, Ragnar (2007): "Stempling og stigmatisering". I: *Kriminologi*. Liv Finstad (red.) Oslo: Pax forlag.
- Haugrønningen, Hågen (2012a): "Det var ingen selvfølge at jeg overlevde. Intervju med Hågen Haugrønningen av Brita Drabitzius". I: *Psykisk helse og rus*, vol. nr. 1, 10-14.
- Haugrønningen, Hågen (2012b): *Konstellasjonsarbeide: en informasjon om flergenerasjonell psykotraumatologi*. Oslo: Psykiskhelsearbeid.no.
- Haugrønningen, Hågen (2012): *Fra traume til ressurs. Foredrag. Oslo. vår 2012*
- Haugrønningen, Hågen (2012): *Samtale med [...], Oslo 28.09.2012*
- Heatherton, Todd F., m.fl. (2003): *The social psychology of stigma*. paperback edition New York: The Guilford Press.
- Helsedirektoratet (2012): *Veileder for diagnostisering og behandling av AD/HD*. <<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-adhd/Sider/default.aspx>> [Lesedato: 31.10.2012]
- Høigård, Cecilie (1993): "Ditt eget beste. Psykiatriens systemfeil". I: *Materialisten*, vol. nr. 4, 35-75.
- Høigård, Cecilie (2007a): "Hva er kriminologi?". I: *Kriminologi*. Cecilie Høigård og Liv Finstad (red.) Oslo: Pax forlag A/S.
- Høigård, Cecilie (2007b): "Kriminalitetsbilder og kriminalstatistikk". I: *Kriminologi*. Liv Finstad og Cecilie Høigård (red.) Oslo: Pax forlag AS.
- Høigård, Cecilie og Liv Finstad (2007): *Kriminologi*. Oslo: Pax.
- Idås, Espen og Eystein Victor Våpenstad (2009): "Er vi best i klassen, eller skaper vi en tragedie?". I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 46, nr. 9, 878-881.
- Järvinen, Margaretha (1998): "'Att konstruera och dekonstruera sociala problem" ". I: *Kvinder på randen 1998*. Annalise Kongstad, m.fl (red.) Aarhus Universitetsforlag.
- Järvinen, Margaretha og Nils Mortensen (2004): "Det magtfulde møde mellem system og klient - teoretiske perspektiver". I: *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Margaretha Järvinen, m.fl (red.) Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Kildea, Sarah, m.fl. (2011): "Making sense of ADHD in practice: A stakeholder review". I: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 16, nr. 4, 599-619.
- Krueger, Marilyn og Judy Kendall (2001): "Descriptions of self: An exploratory study of adolescents with ADHD". I: *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 14, nr. 2, 61-72.
- Lane, Christopher (2007): *Shyness*. New Haven: Yale University Press.



- Lian, Olaug S. (2006): "Den moderne EOS- myten om medikalisering som modernitetsfenomen". I: *Sosiologisk tidsskrift*, vol. 14, nr. 1, 64-86.
- Lindgren, Lena (2011): "Barndommens bølgedal". I: *Morgenbladet*, 02.09.2011:
- Liverød, Janne Rishold og Sondre Risholm Liverød (2011): *Hvordan behandles psykisk lidelse?* <<http://www.webpsykologen.no/artikler/hvordan-behandles-psykisk-lidelse/>> [Lesedato: 09.03.2012]
- Liverød, Sondre Risholm (2010): *En pille for alt*. <<http://www.webpsykologen.no/artikler/en-pille-for-alt-biologi-psykiske-lidelser/>> [Lesedato: 21.02.2011]
- Lunde, Charlotte (2011): "Fra hyperaktiv til sentralstimulert, et essay om barnedoping". I: *Samtiden*, vol. nr. 3, 4-17.
- Løkke, Per Are (2006): "Medisinering av barn". I: *Dagbladet*, 10.03.2006:
- Madsen, Ole Jacob (2010): *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforl.
- Mathiesen, Kristin Schjelderup (Rapport 8/2009): *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 2; Barn og Unge*. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Midtlyng, Egil (2010): "Millioner og AD/HD skaper overskrift i VG". I: *Innsikt, Morgenbladet*, Nettutgave 27.05.2005: "Syke, gale nordmenn".
- Moynihan, Ray og Alan Cassels (2005): *Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation books.
- Neumann, Brit (2004): *Trygg: godt fellesskap - god læring*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Neumann, Brit (2009): *Om TRYGG-modellen*. Foredrag. Veståsen skole 2009.
- Neumann, Brit (2010): *Trygg-modellen virker: læring for livet*. [Oslo]: Cappelen akademisk forl.
- Neumann, Brit (2012): Samtale med [...], Oslo 28.08.2012
- Nielsen, Klaus og Carsten René Jørgensen (2010): "Patologisering af uro?". I: *Det diagnosticerede liv, sygdom uden grænser*. Svend Brinkmann (red.) Aarhus:Klim.
- Olsvold, Aina (2012): *Når "ADHD" kommer inn døren. En psykososial undersøkelse av barns, mødres og fedres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og -medisinering*. Oslo: Psykologisk institutt - Det samfunnsvitenskapelige fakultetet, Universitetet i Oslo.
- Oslo kommune, m.fl. (2012): *Behandlingslinjen for barn og unge med ADHD i Oslo. Manual for skole*. <[http://www.lds.no/stream\\_file.asp?iEntityId=21764](http://www.lds.no/stream_file.asp?iEntityId=21764)> [Lesedato: 24.09.12]
- Paris, Joel (2010): *Medisinering av psyken: en kunnskapsbasert kritikk av moderne psykiatri*. Oslo: Abstrakt forl.

- Prieur, Annick, m.fl. (2006): *Pierre Bourdieu: En introduktion*. København: Reitzel.
- Ringstad, Kari Buskenes (2011): *Når barns annerledeshet tolkes i en diagnoseverden: foreldrenes stemme i den medisinske diskursen*. [Oslo]: Diakonhjemmet Høgskole.
- Roksund, Gisle (2011): *Moderne epidemier*. <<http://www.fastlegen.no/fastlegens-refleksjoner/Moderne+epidemier.12868.cms>> [Lesedato: 29.02.2012]
- Rose, Nikolas (2003): "Neurochemical selves". I: *Society* vol. 41, nr. 1, 46-59.
- Rose, Nikolas (2006): "Psykiatri uten grenser". I: *Det diagnostiserte liv, sykdom uten grenser*. Svend Brinkmann 2010 (red.) Aarhus: Klim
- Sakshaug, Solveig, m.fl. (Legemiddelstatisikk 2011:1): *Legemiddelforbruket i Norge 2006-2010*. Folkehelseinstituttet.
- SolungAvisa, torsdag 10.05.2012: "Fra akuttpsykiatrisk pasient til foreleser, intervju med Hågen Haugrønningen".
- Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD* (2007): Sosial- og helsedirektoratet, sist revidert 15.10.2007
- Splide, Ingrid (2005): *Hva er ADHD?* <<http://www.forskning.no/artikler/2005/mars/1110282817.08>> [Lesedato: 14.01.2012]
- Forholdet mellom legene og legemiddelindustrien. Rapport*. (2003) Oslo: Statens legemiddelverk
- Stavdal, Anna og Anette Fosse (2004): "Vi - de ubestikkelige?". I: *Tidsskrift for den norske legeforening*, vol. 124, nr. 10, 1370.
- Strand, Gerd m. fl (2008): *Om ADHD*. <<http://www.nasjomp.no/index.asp?id=26154>> [Lesedato: 01.10.2012]
- Strand, Nina (2010): "Metoden avgjør diagnosen". I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. nr. 47, 852-853.
- Svendsen, Lars Fr. H. (2006): "Patologisering av menneskelivet". I: *Samtiden*, vol. nr. 1, 131-139.
- Søby, Wenche (2004): "Psykkiske lidelser - biologi, arv eller miljø?". I: *Aftenposten*, 16.08.2004:
- Thagaard, Tove (2003): *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Tranøy, Joar (2007): "Pedagogene er problemet". I: *Morgenbladet*, 17.08.2007:

- Turner, Bryan S. (1997): "Foreword: From governmentality to risk, some reflections on Foucault's contribution to medical sociology". I: *Foucault, health and medicine*. Alan Petersen og Robin Bunton (red.) London: Routledge.
- Ugelvik, Thomas (2010): *Å være eller ikke være fange: frihet som praksis i et norsk mannsfengsel*. Oslo: Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Ugelvik, Thomas (2011): *Fangenes friheter: makt og motstand i et norsk fengsel*. Oslo: Universitetsforl.
- Ulvehøj, Georg (2008): *Våre ti intelligenser: multiple intelligences i praksis*. Bergen: Fagbokforl.
- VG, Nett (18.08.2010): *Mange barn blir feildiagnostisert med ADHD*. [Lesedato: 15.05.2011]
- Vogt, Henrik (2011): "Genetisk oppdragelse- både omsorg og omsorgssvikt kan sette spor på barns gener og endre hvordan de virker". I: *A-magasinet*, vol. nr. 32, 8-15.
- Zeiner, Pål (2004): "ADHD- en oversikt". I: *Barn og unge med ADHD*. Pål Zeiner, m.fl (red.) Vollen: Tell Forlag.
- Zeiner, Pål, m.fl. (2004): *Barn og unge med ADHD*. Vollen: Tell forl.
- Øgrim, Geir (2006): "ADHD-utvikling på rett spor". I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 43, nr. 3, 270-272.

## Vedlegg 1

Diagnosekriterier ( tatt fra veileder for diagnostisering og behandling av ADHD utgitt av sosial- og helsedirektoratet. Sist oppdatert 2007)

### **Hyperkinetisk forstyrrelse –ETTER DIAGNOSEMAL ICD-10**

Diagnosen krever klare tegn på sviktende oppmerksomhet, unormalt aktivitetsnivå og rastløshet som forekommer på tvers av situasjoner og som vedvarer

over tid, og som ikke er forårsaket av noen annen lidelse som for eksempel

autisme eller affektive lidelser.

**G1. Svikt i oppmerksomhet.** Minst seks av symptomene på sviktende oppmerksomhet må ha vedvart i minst 6 måneder, og i en grad som hindrer adekvat tilpasning og som ikke er aldersadekvat.

(1) er ofte ikke oppmerksom på detaljer, eller gjør feil på grunn av skjodesløshet, i skolearbeid, arbeid, eller i andre aktiviteter

(2) klarer ofte ikke å fokusere oppmerksomhet over tid i forhold til arbeidsoppgaver eller lek

(3) hører ofte tilsynelatende ikke på hva som blir sagt til ham/henne

(4) klarer ofte ikke å følge instruksjoner eller å gjøre ferdig skolearbeid eller

arbeidsoppgaver (ikke på grunn av uvilje eller manglende forståelse av instruksjoner)

(5) har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter

(6) prøver ofte å unngå, eller misliker sterkt, oppgaver som for eksempel

hjemmelekser som krever vedvarende konsentrasjon

(7) roter ofte bort eller mister ting som er nødvendig for visse aktiviteter som

hjemmelekser, for eksempel blyanter, bøker, leker eller verktøy

(8) blir lett distraheret av ytre stimuli

(9) er ofte glemsom gjennom daglige aktiviteter

**G2. Hyperaktivitet.** Minst tre av symptomene på hyperaktivitet må ha vært til

stede i minst 6 måneder, og i en grad som hindrer normal tilpasning og som

ikke er aldersadekvat.

(1) er ofte rastløs med hender eller føtter eller vrir seg i stolen

(2) forlater plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner hvor det er

forventet at han/hun skal sitte stille

(3) løper ofte omkring eller klatrer rundt i situasjoner hvor det ikke er passende (hos ungdom og voksne finnes kanskje bare en følelse av rastløshet)

(4) er ofte unødig støyende under lek eller har vanskeligheter med å involvere seg stille i fritidsaktiviteter

(5) viser vedvarende økt motorisk aktivitet som ikke i særlig grad lar seg modifisere av sosial sammenheng eller krav.

**G3. Impulsivitet.** Minst ett av symptomene har vedvart gjennom minst 6 måneder, og i en grad som hindrer normal tilpasning og som ikke er aldersadekvat.

(1) buser ut med svaret før spørsmålet er ferdigstilt

(2) mestrer dårlig å stå i kø eller vente på tur i lek/spill eller gruppesituasjoner

(3) avbryter eller forstyrrer andre (for eksempel bryter inn i andres samtaler eller lek)

(4) snakker ofte ustoppelig uten å ta hensyn til sosiale begrensninger.<sup>37</sup>

G4. Plagene skal ha startet før fylte 7 år.

G5. Utbredt. Kriteria bør være oppfylt i mer enn enkelt situasjon, for eksempel

bør kombinasjon av uoppmerksomhet og hyperaktivitet viser seg både hjemme og på skolen, eller både på skolen og i en annen situasjon hvor vedkommende blir observert, for eksempel i klinikken.

(Holdepunkter for utbredthet må vanligvis komme fra flere kilder; foreldres utsagn om klasseromatferd vil for eksempel neppe være tilstrekkelig).

G6. Symptomene under G1-G3 forårsaker betydelige plager eller svekkelse i sosial, utdannings- eller yrkesmessig funksjon.

G7. Tilstanden fyller ikke kriteria for gjennomgripende utviklingsforstyrrelse

(F84.-), manisk episode (F30.-), depressiv episode (F32.-) eller angstlidelse

(F41.-)

## **AD/HD ETTER DIAGNOSEMANUAL DSM-IV**

Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet

A. Enten (1) eller (2)

(1) Seks (eller flere) av følgende symptomer på oppmerksomhetssvikt har vedvart i minst seks måneder in en grad som er maladaptiv og ikke i overensstemmelse med utviklingsnivået:

### **Oppmerksomhetssvikt**

- (a) svikter ofte på å være nøye med detaljer eller gjør slurvefeil i skolearbeid, yrke eller andre aktiviteter
  - (b) har ofte vansker med å holde på oppmerksomheten i oppgaver eller lek
  - (c) synes ofte ikke å lytte når de tilsnakkes direkte
  - (d) følger ofte ikke instruksjoner og mislykkes i å gjennomføre skolearbeid, husarbeid eller oppgaver på jobben (beror ikke på trass eller manglende misforståelse av instruksjoner)
  - (e) har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter
  - (f) unnviker ofte, misliker eller er uvillig til å utføre oppgaver som krever vedvarende psykisk anstrengelse (for eks. skolearbeid eller oppgaver i hjemmet)
  - (g) mister ofte ting som er nødvendige for oppgaver og aktiviteter (f. eks. leketøy, skoleoppgaver, blyanter eller verktøy)
  - (h) blir ofte distraheret av tilfeldige stimuli
  - (i) er ofte glemsk i dagliglivet
- (2) Seks (eller flere) av følgende symptomer på hyperaktivitet-impulsivitet har vedvart i minst seks måneder i en grad som er maladaptiv og ikke i overensstemmelse med utviklingsnivået

38

### **Hyperaktivitet**

- (a) har ofte vansker med å sitte stille eller å holde hendene eller føttene i ro
- (b) går ofte fra plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner der det ventes at man skal sitte i ro
- (c) springer ofte omkring eller klatrer ekstra mye i situasjoner der det ikke passer (hos ungdom og voksne kan dette begrense seg til en subjektiv følelse av rastløshet)
- (d) har ofte vansker med å leke eller gjøre fritidssysler på en rolig måte
- (e) er som oftest «på farten» eller handler som «drevet av en motor»
- (f) snakker ofte i et kjør

## **Impulsivitet**

(g) buser ofte ut med et svar før spørsmålene er ferdig stilt

(h) har ofte vansker med å vente på sin tur

(i) avbryter eller trenger seg ofte på andre (for eks. buser inn i andres samtaler eller lek)

B. Noen symptomer på hyperaktivitet-impulsivitet eller oppmerksomhetssvikt

som skaper funksjonssvikt, har vært tilstede før sju års alder.

C. Nedsatt fungering på grunn av symptomene viser seg på to eller flere områder (for eks. på skolen [eller jobben] og i hjemmet).

D. Det må foreligge klare holdepunkter for funksjonssvikt av klinisk betydning

sosialt, i utdanning eller i yrke.

E. Symptomene forekommer ikke bare i forløpet av en gjennomgripende utviklingslidelse, schizofreni eller annen psykotisk lidelse, og blir ikke bedre forklart ved annen psykisk lidelse (for eks. stemningslidelse, angstlidelse, dissosiativ lidelse eller personlighetsforstyrrelse).

## **KODING BASERT PÅ UNDERGRUPPE AV AD/HD:**

314.01 Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet, kombinert form F90.0: Om både

kriteriene A1 og A2 har vært oppfylt de siste seks måneder.

314.00 Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet, hovedsakelig oppmerksomhetssvikt F98.8: Kriterium A1, men ikke kriterium A2 har vært oppfylt de siste 6 måneder

314.01 Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet, hovedsakelig hyperaktivitetimpulsivitet F90.0: Kriterium A2, men ikke kriterium A1 har vært oppfylt de siste seks måneder

kodeanvisning: For individer (særlig ungdom og voksne) som nå har symptomer

som ikke lenger oppfyller samtlige kriteriene, skal «i delvis remisjon» spesifiseres

## Vedlegg 2

Aktuelle spørsmål ved de to samtalene jeg foretok:

### Spørsmål til Neumann som grunnlag for samtalen vår :

1. Diagnosen som kalles ADHD, hva tenker du om det?
2. Hva synes du om de løsningene som blir iverksatt rundt et barn som kalles ADHD- tilfelle? (hjelpetiltak i skole, medisinske tiltak mm) ( og hva tenker du om at vi er så redde for å gå utenfor boksen i det å finne gode løsninger jf Per som ble flyttet opp et klassetrinn)
3. Hva tenker du kan være løsningen på uroen/ rastløsheten mange føler?
4. Du nevner svært sjelden (kanskje aldri) ADHD i dine bøker, er det et bevisst valg?
5. Hva synes du om at et lite barn som knapt har begynt på barneskolen skal gå på sentralstimulerende midler, da tenker jeg også spesielt på forhold i USA ?
6. Hvilke aktører mener du er mest delaktige i at det antall barn som blir klassifisert med ADHD er økende ?
7. **Påstand:** Jeg tenker at din tryggmodell kunne gjort underverker hvis den hadde blitt innført i alle skoler i Norge, fordi den kan redusere det antall barn som blir kalt «ADHD tilfeller». Hva tenker du selv om det?

### Spørsmål til Haugrønningen som dannet basis for samtalen vår :

1. Hva tenker du omkring ADHD diagnosen? Hva tenker du ligger under en slik diagnose?
2. Hva synes du om den behandlingen som tilbys via helsevesenet i dag til de som er diagnostisert med ADHD ? Hva tenker du konstallasjonsarbeid som du selv har benyttet kan tilby ?



